

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
NÚCLEO DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

TAÍS PONCIO PACHECO

"A GENTE TRABALHA EM REGIME DE GUERRA": SIGNIFICADOS DO
TRABALHO DA ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PÚBLICO NA AMAZÔNIA

PORTO VELHO
2013

TAÍS PONCIO PACHECO

"A GENTE TRABALHA EM REGIME DE GUERRA": SIGNIFICADOS DO
TRABALHO DA ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PÚBLICO NA AMAZÔNIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado/MAPSI como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Rondônia –UNIR.

Linha de Pesquisa: Saúde e Processos Psicossociais.

Orientadora: Prof^a. Dra. Vanderléia de Lurdes Dal Castel Schlindwein

PORTO VELHO
2013

"A GENTE TRABALHA EM REGIME DE GUERRA": SIGNIFICADOS DO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado / MAPSI – como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Rondônia.

Linha de Pesquisa: Saúde e Processos Psicossociais

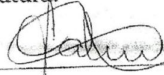
Orientadora: Profª. Dra. Vanderléia de Lurdes Dal Castel Schlidwein

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. . Vanderléia de Lurdes Dal Castel Schlindwein

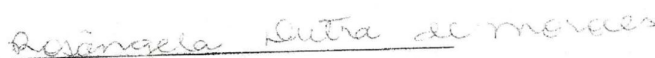
Prof. Dr. Luís Alberto Lourenço de Matos
Programa de Pós-Graduação em Psicologia / MAPSI / UNIR

Assinatura:



Prof. Dra. Rosângela Dutra de Moraes
Programa de Pós-Graduação em Psicologia / UFAM

Assinatura:



Dedico essa dissertação ao meu avô, o grande **Renato José da Costa Pacheco** (*in memoriam*). Uma pessoa que dedicou sua vida aos estudos e continuamente foi exemplo de comportamento ético e de simplicidade. Ele sempre presenteou as netas com livros e nos estimulou o hábito da leitura e escrita. Considero essa conquista fruto de seu exemplo e espero poder um dia chegar perto de ser tão dedicada e disciplinada com os estudos como o via fazer todos os dias em sua casa. Sua presença viva em meu coração e na minha memória foi salutar para a minha caminhada durante o mestrado e, por isso, faço aqui esse reconhecimento.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar minha gratidão a Força Superior que está sempre presente na minha vida.

Na sequência tenho que registrar a importância da minha família, pois são pessoas que estão sempre dispostas a me apoiar quando preciso. Agradeço ao meu pai, **Rodrigo Bomfim Pacheco**, pelo suporte financeiro e revisão ortográfica do texto sempre que necessário. Minha mãe, **Jussara Poncio Pacheco**, sempre preocupada como são as mães. Minhas irmãs, **Lidialuz Poncio Bomfim** e **Raissa Segovia Pacheco**, pelo companheirismo. Minhas avós, **Clotilde Cercília Bomfim Pacheco** e **Sara Segovia Poncio**, pela acolhida. Minha sobrinha, **Alice Pacheco Fernandes**, pelos momentos de alegria.

Agora é necessário incluir o agradecimento aos professores do Programa de Pós-graduação em Psicologia (MAPSI) da UNIR pois foram com todas as contribuições nas disciplinas cursadas que consegui elaborar e finalizar essa pesquisa. De forma especial agradeço a minha orientadora, Prof.^a Dra. **Vanderleia de Lurdes Dal Castel Schlindwein**, que soube me conduzir nesse processo com muita paciência, respeito pelo meu modo de ser e cujas contribuições foram essenciais para o andamento da pesquisa e elaboração do texto final. Ao Prof. Dr. **Luis Alberto Lourenço Matos** que sempre esteve disponível para auxiliar quando foi preciso.

Imprescindível agradecer aos **trabalhadores e gestores do PSRN** que se voluntariaram para participar dos grupos e das entrevistas e sem os quais essa pesquisa não teria sido realizada.

Aos membros da banca de qualificação que muito contribuíram para esse momento final: Prof.^a Dra. **Rosangela Dutra de Moraes**, Prof. Dr. **Luis Alberto Lourenço Matos** e a Prof.^a Dra. **Wilma Suely Batista Pereira**.

Agradeço, também, aos colegas da Gerência de Programas Estratégicos em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia pela compreensão com meus momentos de ausência em virtude do mestrado e, especialmente, a minha chefe na época, **Maria Gerislânia Leite de Oliveira**, por ter facilitado a conciliação do trabalho com os estudos.

Por último e não menos importante, agradeço a todos os meus amigos que proporcionaram momentos de descontração durante esse processo, mesmo que eu nem sempre pudesse estar tão presente. Às colegas do Mestrado, **Liliane Gomes**, **Clara Miranda**, **Cristiane Mattos**, **Silvana Andrade** e **Anélia Monteiro**, com as quais pude compartilhar as angústias e alegrias da caminhada. À **Danielle Gonçalves Correia**, que sempre acreditou no meu potencial, mesmo quando eu duvidava. A **Raimundo Ramos de Araújo Júnior** e todos meus amigos da União pela presença constante.

Não sentir

O hábito tem-lhe amortecido as quedas. Mas sentindo menos dor, perdeu a vantagem da dor como aviso e sintoma. Hoje em dia vive incomparavelmente mais sereno, porém em grande perigo de vida: pode estar a um passo de estar morrendo, a um passo de já ter morrido, e sem o benefício de seu próprio aviso prévio.

Clarice Lispector (1999, p. 32)¹

¹ LISPECTOR, C. A descoberta do mundo. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

PACHECO, T. P. “**A gente trabalha em regime de guerra**”: significados do trabalho da enfermagem em um hospital público da Amazônia. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Psicologia. Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, 2013.

RESUMO

O presente estudo visa expor os resultados da pesquisa realizada com os trabalhadores de enfermagem de um hospital público da rede de saúde do Estado de Rondônia. Teve como objetivo compreender o significado do trabalho e sua interferência na saúde e/ou adoecimento dos trabalhadores. O norte teórico situa-se a partir dos pressupostos da Psicodinâmica do Trabalho, de Dejours. De forma complementar serão utilizados alguns conceitos da Ergonomia francesa e da Ergologia, tendo como autores de base Wisner e Schwartz. Para atingir o proposto optou-se pelo método qualitativo e a pesquisa foi dividida em três etapas. A primeira etapa consistiu de um mapeamento quantitativo dos afastamentos por motivos de saúde entre os servidores da enfermagem no período de janeiro a dezembro de 2011. A segunda etapa referiu-se à observação participante que direcionou o olhar da pesquisadora sob o ambiente de estudo. A terceira etapa compilou as entrevistas semi-estruturadas com os gestores e com os enfermeiros da instituição, bem como a realização de grupos focais com os técnicos da enfermagem. Como procedimento ético foi apresentado a todos os participantes um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, somente após o aceite e assinatura do documento, realizaram-se as entrevistas e os encontros em grupo. Após a coleta dos depoimentos foi feita a análise temática a partir da análise de conteúdo proposta por Bardin. Os dados obtidos durante as entrevistas e os encontros em grupo foram divididos em três grandes categorias: atividade de trabalho; organização do trabalho; prazer e sofrimento. Através dos depoimentos observa-se, de forma geral, que a falta do reconhecimento é o fator principal de sofrimento no hospital, favorecendo os processos de adoecimento no trabalho.

Palavras-chave: Psicodinâmica do Trabalho. Significado do Trabalho. Saúde do Trabalhador. Saúde Mental e Trabalho. Saúde Pública.

PACHECO, T. P. **"We work under scheme of war"**: meaning of nursing work in a public hospital of Amazon. Dissertation (M.Sc. degree). Programa de Pós-graduação em Psicologia. Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, 2013.

ABSTRACT

The study aims to show the results of research conducted within a public hospital nursing staff of the health network in the State of Rondônia. It aimed to understand the meaning of that work and its interference in health and / or illness of their own workers. We assume presuppositions of the Psychodynamics of work, from Christophe Dejours. Complementarily we used some concepts of French Ergonomics and Ergology based on Wisner and Schwartz. To achieve the goal we chose the qualitative method and the research was divided into three stages. The first stage consisted of a quantitative survey of absences for health reasons among nursing staff in the period from January to December 2011. The second stage referred to the participant observation that directed the gaze of the researcher on the study environment. The third stage compiled the semi-structured interviews with managers and nurses of the institution, as well as conducting focus groups with technical nursing class. As an ethical procedure was presented to all participants a Term of Free and Informed Consent (ICF) and only after his acceptance and signing of the document, was made these interviews and group meetings. After the data collection was performed thematic analysis from the content analysis proposed by Bardin. The data obtained with interviews and group meetings were divided into three broad categories: work activity, work organization, pleasure and suffering. Through the testimony we observed, in general, the lack of recognition as the main factor of suffering in the hospital, and that factor, consequently, favors the disease processes at work.

Keywords: Psychodynamics of work. Meaning of Work. Occupational Health. Mental Health and Work. Public Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Resumo esquemático sobre os dados levantados na pesquisa relacionados à dinâmica do trabalho no PSRN

148

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Relação de Entrevistas e Grupos Focais realizados no PSRN em 2012	77
Quadro 2 -	Descrição dos materiais que faltam no PSRN e consequências dessas faltas na atividade de trabalho	87
Quadro 3 -	Fatores de risco no PSRN relatados pelos trabalhadores	132
Quadro 4 -	Processos de adoecimento entre os trabalhadores e gestores sobre as situações vivenciadas no PSRN	132
Quadro 5 -	Fontes de satisfação no PSRN, segundo os trabalhadores	134
Quadro 6 -	Significado do trabalho, segundo os profissionais do PSRN	136
Quadro 7 -	Estratégias utilizadas pelos trabalhadores no PSRN	140
Quadro 8 -	Cuidados utilizados pelos trabalhadores do PSRN para evitar doenças somáticas e acidentes de trabalho	146

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Quantitativo de afastamentos entre os servidores da enfermagem do PSRN no ano de 2011	79
Tabela 2 -	Quantitativo de afastamentos no PSRN entre servidores da enfermagem no ano de 2011	80

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CAP	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CES	Conselho Estadual de Saúde
CID-10	Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde, em sua décima revisão
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
DME	Distúrbios Músculo Esqueléticos
DPM	Distúrbios Psíquicos Menores
EACT	Escala de Avaliação do Contexto do Trabalho
EFMM	Estrada de Ferro Madeira Mamoré
IEE	Inventário de estresse em enfermeiros
MBI	Inventário de <i>Burnout</i> de Maslach
MPE	Ministério Público Estadual
MS	Ministério da Saúde
NOAS/02	Norma Operacional da Assistência à Saúde de 2002
NOB/93	Norma Operacional Básica de 1993
OCT	Organização Científica do Trabalho
ONG	Organização não Governamental
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar
SESAU	Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Termo de Ajustamento de Conduta
UNIR	Universidade Federal de Rondônia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.3	Referencial de Leitura	17
2	A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO: INFLUÊNCIAS DO MODO DE GESTÃO NA SAÚDE DO TRABALHADOR	20
2.1	Política de Saúde: o SUS em pauta	20
2.2	Política Nacional de Humanização: co-gestão como promotora de saúde para o trabalhador.....	23
2.3	Gestão da saúde no estado de Rondônia: um caminho turbulento.....	26
2.4	Saúde mental e gestão organizacional do trabalho: dois pólos indissociáveis	30
2.5	Impactos dos modelos de gestão na saúde no profissional da enfermagem	35
3	TRANSFORMAÇÃO DO SOFRIMENTO EM PRAZER NO TRABALHO: ASPECTOS TEÓRICOS DA PSICODINÂMICA DO TRABALHO	45
3.1	Sobre o trabalho	45
3.2	Uma história do trabalho	48
3.3	O trabalho como fonte de prazer e sofrimento	54
3.4	Prazer e sofrimento: a busca pelo reconhecimento do trabalho	60
4	MÉTODO: O PERCURSO DENTRO DO HOSPITAL.....	63
4.1	Abordagem Qualitativa: a escolha do modo de caminhar	64
4.2	Entrada em Campo: o PSRN em foco	65
4.3	PSRN: uma breve descrição	66
4.4	Levantamento quantitativo: números necessários	67
4.5	Observação participante: um percurso diferenciado	68
4.6	Entrevistas: a proximidade na escuta	69
4.7	Grupo Focal: uma proposta de investigação social	71
5	ANÁLISE DOS DADOS	78
5.1	Licenças médicas e faltas da equipe de enfermagem: ilustração de uma realidade	78
6	ASPECTOS QUALITATIVOS NA ANALISE DOS DADOS	83
6.1	Atividade de trabalho: “no pronto socorro você vive um dia após o outro, cada dia é um dia totalmente diferente do esperado, com novas situações”	83
6.1.1	Condições de trabalho: “o que está faltando realmente são condições de trabalho” ...	84
6.1.2	Trabalho prescrito e trabalho real: “[...] a gente sempre dá um jeitinho, a gente sempre se vira”	89
6.1.3	Relações de Trabalho: “A pessoa que ela está doente, ela está com dor, ela quer se livrar da dor, ela quer ficar boa, então ela fica estressada, estressa a equipe”	100
6.2	Organização do trabalho: “a gente ainda está subordinada à vontade do gestor, nem sempre a gente tem autonomia para decidir alguma coisa”	109
6.2.1	Contexto local: “É evidente que o PSRN é uma questão de saúde pública, é uma questão de política [...]”	109
6.2.2	Hierarquia de poderes: “[...] cada setor a gente observa o que pode fazer para melhorar aquele setor e corre atrás”	113

6.2.3	Sugestões de Mudança: “[...] nós que estamos vendo o que está realmente acontecendo com o setor, com o hospital, porque nós que estamos lá ralando”	120
6.3	Sinais e sintomas: “eu tenho uma teoria, que no PSRN ou você já surtou, ou está surtando, ou irá surtar”	123
6.3.1	Sufrimento: “[...] a pessoa emagrece aí dentro, um povo forte que quando vê está só os pavios”	123
6.3.2	Satisfação, prazer e significado do trabalho: “Acho que o trabalho aqui é dor, sofrimento, angústia, desespero, também alegria, vida e morte.”	133
6.3.3	Estratégias: “Você tem que criar alguns mecanismos de compensação”	139
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS: SIGNIFICADO DO TRABALHO NO PSRN	149
8	REFERÊNCIAS	157
	APENDICE A – Roteiro de Entrevista semi-estruturada com os gestores	168
	APENDICE B – Questões norteadoras do Grupo Focal e da entrevista semi-estruturada com os enfermeiros	169
	ANEXO A – Carta de Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIR	170

1 INTRODUÇÃO

Pensar a saúde dos trabalhadores não é necessariamente voltar o olhar para a doença, mas, principalmente entender os processos de trabalho que acontecem nas instituições e que acabam por ocasionar sofrimentos. Porém, não necessariamente o trabalho é lugar de sofrimento, e sim da possibilidade de construção de uma identidade e de expressão da subjetividade.

A saúde então não pressupõe a ausência de sofrimento no trabalho, mas as possibilidades de o trabalhador transformá-lo, essa relação é dinâmica e está sempre em movimento. Nessa perspectiva, compreende-se saúde como a dinâmica de luta contra o sofrimento no trabalho, e o adoecimento como resultante do fracasso dessa batalha. Sendo assim, o prazer existe nas vitórias, na medida em que podem ser modificadas as situações causadoras do sofrimento.

O trabalho apresenta a potencialidade de conduzir tanto à emancipação quanto à alienação, pode favorecer a saúde ou desencadear a doença, dependendo dos processos psicodinâmicos desenvolvidos no confronto da subjetividade com a organização do trabalho. Neste processo, a normalidade seria a convivência aceitável no trabalho com o sofrimento, porém nessa dinâmica incessante da busca pela emancipação (DEJOURS, 1992; 2011a).

A partir desse pressuposto, a pesquisa aqui apresentada teve como objetivo estudar os trabalhadores de enfermagem de um hospital da rede pública de saúde do Estado de Rondônia, aqui nomeado de PSRN. Buscou-se compreender o significado do trabalho para essas pessoas e sua relação quanto à saúde e/ou doença relacionada com o ambiente de trabalho.

O interesse da pesquisa surgiu por vinculação da pesquisadora que, desde abril de 2007, inicia o contato com o Sistema Único de Saúde (SUS) através da entrada no serviço público da Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia (SESAU), sendo lotada para atuar em uma unidade hospitalar. Frente à interação com outros servidores da instituição, a pesquisadora começou a vivenciar a contradição de estar em um local com o objetivo de garantir a continuidade da vida com saúde, mas que acaba por fomentar adoecimentos nos seus próprios trabalhadores.

O impacto pessoal da prática no PSRN foi a oportunidade para escuta de algumas falas marcantes dos profissionais da saúde que parecem sinalizar um pedido de ajuda, além de presenciar adoecimentos muito graves entre os trabalhadores como tentativas de suicídio, automedicação, alcoolismo, uso de drogas ilícitas, entre outros.

Em seguida, a pesquisadora começa a atuar na coordenação do trabalho com a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS (PNH), o que proporciona um vislumbre da possibilidade de mudança naquela situação vivenciada anteriormente, já que a PNH tem como objetivo propor mudanças nos modelos de gestão e atenção existentes na saúde. Um de seus princípios é o fomento da autonomia e do protagonismo dos sujeitos. Pressupõe-se que os atores envolvidos com o SUS, nisso incluídos os trabalhadores, devem se enxergar como parte do sistema e se responsabilizarem de forma participativa das decisões referentes ao seu cotidiano de atuação.

A partir dessa visão, surge o interesse em pesquisar o campo da Saúde do Trabalhador e utilizar como norte um dos princípios da Política de Humanização que afirma a indissociabilidade entre atenção e gestão, ou seja, quem atua no cuidado ao usuário também toma decisões sobre as suas ações durante a execução do seu trabalho, faz gestão do seu trabalho, e essas decisões devem ser consideradas quando o gestor (diretor, gerente, chefe ou afins) tem de agir sobre os processos de trabalho. Esse distanciamento entre quem pensa, decide e quem executa as ações é apontado como potencial gerador de sofrimento e alienação no trabalho.

Essa situação é apresentada por Dejours e Jayet (1994) ao explicar a organização dos processos de trabalho em um serviço de manutenção de uma indústria nuclear, onde fica explicitado que o manual de procedimentos (trabalho prescrito), mesmo tendo sido aprovado por todos os operadores, não se aplica integralmente no momento da execução (trabalho real). Isso leva os trabalhadores a transgredirem o manual através da prática chamada de quebra-galho, que, segundo a pesquisa dos autores, se mostra imprescindível na relação com a produção de saúde mental no trabalho.

Entende-se que a prática do quebra-galho demonstra a autonomia dos trabalhadores na execução de suas tarefas e exemplifica como a atenção (ação) é indissociável da gestão dos processos de trabalho. Tal idéia é retomada também pela ergologia com a perspectiva de que cada ser humano no trabalho tenta recompor o meio em função de si mesmo e dos seus desejos. Schwartz e Durrieu (2010) enfatizam que essa negociação de normas que existe no meio de trabalho é significativamente benéfica para os trabalhadores.

A Ergonomia percebe que para se compreender o trabalho, deve se realizar uma análise a partir do ponto de vista da atividade. Então, a atividade é justamente a diferença entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Segundo Hubalt (2004), o desafio é a concepção do trabalho conseguir antecipar uma prescrição que preveja e inclua as problemáticas da execução.

A Psicodinâmica do Trabalho compreende que o caminho entre o trabalho prescrito e o trabalho real deve ser descoberto pelo sujeito e, nessa rota, é necessário o engajamento do corpo e da subjetividade (DEJOURS, 2012). Assim, o trabalhador deve colocar de si naquela atividade e isso também retorna para ele de alguma forma, pelo reconhecimento, que promove prazer, ou, na sua falta, o sofrimento, podendo até causar adoecimentos.

Esse norte teórico suscita alguns questionamentos sobre como promover transformações nos processos de trabalho nas Unidades de Saúde do SUS em Rondônia, visando a promoção da saúde e valorização dos trabalhadores. Uma questão utópica, entendida como uma aspiração a algo ainda não realizado e que somente o processo histórico, futuro, pode demonstrar sua possibilidade de concretude (LOWY, 2008). Por esse entendimento, essa questão não se coloca como o objetivo central do presente trabalho, mas marca o ponto de partida para um processo de investigação focado primeiramente em compreender o significado do trabalho no sistema público de saúde em Rondônia.

Pressupõe-se que os desdobramentos dessa compreensão surgirão, futuramente, a partir da concepção de que a “essência” da pesquisa está em sua potência, na sua força para produzir transformações nos processos de trabalho que buscam constranger o aspecto criador do vivente humano (BARROS; HECKERT; MARCHIORI, 2006). Por esse foco emerge, então, o seguinte problema de pesquisa: como o significado do trabalho interfere na saúde e/ou adoecimento dos trabalhadores da enfermagem de um hospital público em Rondônia?

A partir desse problema propõe-se como objetivo geral: compreender o significado do trabalho e sua interferência na saúde e/ou adoecimento para os trabalhadores da enfermagem de um Hospital Público em Rondônia.

No desdobramento da pesquisa busca-se atingir os seguintes objetivos específicos:

- Mapear dados sobre os afastamentos do trabalho na equipe de enfermagem em um hospital da rede pública de saúde em Rondônia;
- Analisar a relação entre o modelo de gestão e o modo de organização dos processos de trabalho;
- Identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos trabalhadores da enfermagem para lidarem com as situações do cotidiano dos serviços.

1.1 Referencial de leitura

Na primeira seção, a proposta é compreender a influência do modelo de gestão da organização do trabalho na saúde no Brasil e, especialmente, no Estado de Rondônia e as

repercussões deste modelo na atividade dos profissionais da enfermagem, principalmente no que concerne à saúde. Primeiramente, será retomada a história do Movimento Sanitário no país que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Na sequência apresentar-se-á o dispositivo de co-gestão da Política Nacional de Humanização e que se relaciona com a promoção de Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS. Em seguida, será apresentado um breve histórico sobre a organização do SUS no Estado de Rondônia. A partir destas discussões serão problematizados aspectos a respeito da saúde do profissional da enfermagem nas pesquisas realizadas dentro da temática.

Na segunda seção, realiza-se um aprofundamento nos aspectos teóricos da Psicodinâmica do Trabalho. Ao longo desse capítulo, busca-se o entendimento sobre o trabalho a partir da definição teórica de Dejours (2012) e, para tanto, o caminho percorrido passa por diferentes concepções dessa ação, incluindo um breve percurso histórico sobre a temática para em seguida adentrar o campo do prazer e sofrimento envolvidos na realização da atividade humana chamada trabalho.

Na seção do método será explicado o percurso da pesquisa. A primeira etapa consistiu no mapeamento quantitativo dos afastamentos entre os servidores da enfermagem no período de janeiro a dezembro de 2011. A segunda etapa referiu-se à observação participante que direcionou o olhar da pesquisadora sobre o ambiente de estudo. A terceira etapa compilou as entrevistas com os gestores e com os enfermeiros da instituição, bem como a realização do grupo focal com os técnicos de enfermagem.

A próxima seção é a análise dos dados de forma conjunta com a discussão teórica norteadora do estudo. A primeira exposição será referente a primeira etapa da pesquisa. Entre outros pontos, constatou-se que 70% dos servidores da enfermagem tiveram que se afastar do trabalho durante o ano de 2011, em virtude de adoecimento ou falta sem justificativa. Um percentual elevado que indica a necessidade do aprofundamento qualitativo para compreender o significado desses dados.

Em seguida, realiza-se a exposição e discussão teórica das falas obtidas durante as entrevista e grupos focais, bem como as observações realizadas pela pesquisadora. Considerando o objetivo de compreender como o significado do trabalho interfere na saúde e/ou adoecimento para os trabalhadores da enfermagem do PSRN, os dados obtidos durante as entrevistas e os grupos focais foram divididos em três grandes categorias temáticas: atividade de trabalho; organização do trabalho; prazer e sofrimento.

Após a exposição e discussão dos dados são realizadas as considerações finais da pesquisa. Observa-se, de forma geral, que a falta do reconhecimento é o fator principal de

sofrimento no local. Parece que trabalhar no PSRN significa dar tudo de si e não ser reconhecido por nada. Sugere-se, então, a necessidade de alterações no modo de organização do trabalho de forma que os trabalhadores possam ser incluídos nos processos de tomadas de decisão.

Esta experiência é perturbadora no sentido de que apresenta, através dos depoimentos dos trabalhadores que exercem suas atividades no PSRN, significados do trabalho na relação prazer-sofrimento no trabalho. Sistematizações que devem ser socializadas no meio científico, entre os gestores e políticos que representam as esferas governamentais responsáveis pelas decisões na área da saúde no Estado de Rondônia.

2 A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO: INFLUÊNCIAS DO MODO DE GESTÃO NA SAÚDE DO TRABALHADOR

A proposta dessa seção é discutir a influência do modelo de gestão da organização do trabalho na saúde no Brasil e, especialmente, no Estado de Rondônia e as repercussões deste modelo na atividade dos profissionais da enfermagem, principalmente no que concerne à saúde. Entende-se que a partir do entendimento do contexto local do setor de saúde, e o modo como vem sendo coordenada as ações da gestão, é possível compreender melhor a situação dos trabalhadores da enfermagem envolvidos nessa atividade.

Primeiramente, será retomada a história do movimento sanitário no país que culminou na criação do Sistema Único de Saúde. Na sequência, apresentar-se-á o dispositivo de co-gestão da Política Nacional de Humanização e que se relaciona com a promoção de Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS.

Por último, será apresentado um breve histórico sobre a organização do SUS no Estado de Rondônia. A partir destas discussões serão problematizados aspectos a respeito da saúde do profissional da enfermagem a partir de pesquisas realizadas dentro da temática.

2.1 Política de Saúde: o SUS em pauta

Falar em Saúde Pública no Brasil é se referir ao SUS. Um sistema alvo de muitas críticas e cujas falhas são amplamente divulgadas na mídia, como filas de espera para consultas médicas e exames, falta de materiais para realização de procedimentos médico-hospitalares, precariedade dos vínculos profissionais, entre outros. São tantas as notícias sobre os problemas relacionados à saúde que a população parece entender que o Brasil não possui uma política resolutiva para esse setor, tanto que muitos aderem aos planos de saúde privado.

Porém, existe o outro lado da história. Ao mesmo tempo em que o SUS possui suas mazelas, também alcançou progressos durante seus 22 anos de existência. Alguns procedimentos considerados de alta complexidade são realizados somente pelo sistema público, como transplante de órgãos e tecidos. A cobertura vacinal e os programas de atendimento para pacientes com DST/AIDS são utilizados como referência em outros países.

Nessa dialética, entre o lado bom e ruim do SUS, é importante retomar um pouco da história. Esse sistema inicia sua existência através da promulgação da Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1990, mas sua base é a inserção da saúde como um direito social no texto da Constituição de 1988. No artigo 196 destaca-se a definição de saúde:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso

universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Por esse entendimento, a saúde é definida como um direito universal, já que é para todos, e um dever do Estado. Assim, o desenvolvimento de políticas públicas de saúde, mais do que uma necessidade, passa a ser uma obrigação do Governo. A inclusão na Constituição foi uma conquista do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, pois no percurso histórico anterior a saúde não era vista como direito e muito menos como uma obrigação do Estado.

Remontando a história das Políticas de Saúde no Brasil, Polignano (2006) inicia o percurso em 1500, época na qual não existia interesse de Portugal em realizar atividades direcionadas à saúde, visto que para o Brasil colônia vinham, somente, os degredados e aventureiros. Essa situação se modifica com a chegada da família Real ao Brasil, quando se verifica a necessidade de manter um mínimo de domínio sanitário na capital do império, principalmente em relação ao controle de navios e a saúde dos portos.

No início da República observa-se a existência de um modelo campanhista para garantir, minimamente, o controle de epidemias. Esse modo era caracterizado pelo uso da força e autoridade para que a população aderisse às ações propostas, como, por exemplo, a vacinação. O foco das atividades era o saneamento dos espaços nos quais circulava as mercadorias de exportação.

Observa-se que, desde os primórdios, as ações de saúde estão voltadas a assegurar a preservação do capital e o bem estar das classes sociais dominantes. Nessa direção, Franco e Merhy (2003, p. 60) afirmam que “a questão do poder político tem sido determinante na viabilização de projetos assistenciais para a saúde”.

Visando modificar essa situação, é necessário um movimento contra hegemônico que tensione o Estado em busca de transformações. Segundo Franco e Merhy (2003, p. 63) os determinantes das políticas de saúde são:

[...] os fatores relacionados à formação e desenvolvimento das sociedades, ao desenvolvimento econômico e ao jogo estabelecido entre diversos atores sociais e políticos, que articulam nas arenas decisórias, seus interesses e projetos específicos [...].

Os atores sociais devem se articular e buscar interferir nas decisões objetivando definir as políticas públicas locais. Dessa forma, um dos primeiros movimentos sociais que alcançou alguma modificação nas ações de saúde foi o dos trabalhadores da indústria. Através de greves gerais, realizadas em 1917 e 1919, os operários conseguiram a aprovação, no Congresso, de alguns direitos trabalhistas. Na saúde, o marco foi a criação de Caixas de

Aposentadoria e Pensão (CAP) por empresas privadas que custeavam a assistência quanto aos acidentes de trabalho (POLIGNANO, 2006).

Por muito tempo, no Brasil, a assistência a saúde esteve ligada com a previdência social e somente os trabalhadores assalariados tinham garantido esse direito. Ao restante da população cabia a opção de procurar assistência filantrópica em instituições religiosas ou arcar com o custo de médicos particulares.

Na década de 1970, inicia-se um movimento social, composto por intelectuais, como médicos, pesquisadores, estudantes e professores, que buscaram uma articulação, tanto com a população como com os detentores do poder, visando a mudança na política de saúde nacional. Segundo Campos (2007a, p. 1868), “[...] o movimento sanitário foi um dos fatores determinantes para a criação e implantação do SUS, bem como para constituição de um novo pensamento sobre saúde”.

O texto do SUS é inspirado nos Sistemas de Saúde Nacionais de países como Inglaterra, Portugal, Cuba, Canadá, pensado para ser: “[...] um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do estado para com o bem estar social, especialmente no que refere a saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da CIDADANIA” (POLIGNANO, 2006, p. 22).

Nessa vertente da busca pelo bem estar social, o artigo 198, da Constituição de 1988, define a organização do Sistema de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Uma das reivindicações do Movimento Sanitário do final da década de 1970/1980 foi ter como diretriz o sistema de participação da comunidade. Para Campos (2007a), é uma inovação em relação aos outros sistemas nacionais que influenciaram sua criação. A descentralização garante a autonomia das esferas de gestão (União, Estados e Municípios) quanto ao direcionamento nas ações em saúde de acordo com as necessidades locais.

Além das diretrizes, o SUS deve contemplar nas suas ações alguns princípios como a universalidade, equidade e integralidade. Universalidade é entendida como a garantia de acesso para todas as pessoas aos serviços e ações do Sistema. Equidade como a igualdade na assistência de acordo com as necessidades da população atendida. Integralidade é suprir todas as necessidades da pessoa que busca o serviço.

Nesse direcionamento, o SUS inicia sua existência com o desafio de atender toda a população do Brasil quanto às suas necessidades de saúde. Um Sistema que nasce a partir de

um movimento social e que necessita de sua continuidade para se fortalecer. Segundo Campos (2007a, p. 1873):

A influência das Conferências e dos Conselhos de Saúde é relevante, mas não tem sido suficiente para indicar rumos e criar os consensos para que prossiga a reforma sanitária e a implementação do SUS. Se o SUS dependeu do movimento sanitário para constituir-se, pode-se constatar hoje que, tanto a opinião pública, quanto os governantes e, até mesmo, mídia e intelectualidade não se deram conta da filiação do SUS à tradição de políticas públicas de caráter socialista. O SUS não parece haver ganhado o “coração e mentes” dos brasileiros, nem para desejá-lo e defendê-lo com paixão, ou tampouco para combatê-lo com ódio.

Constata-se que o SUS ainda é uma reforma incompleta da saúde pública no Brasil e, para se efetivar de forma definitiva, precisa do engajamento da população em sua defesa. Para tanto é necessário repensar os modelos de gestão existentes atualmente. A maioria atua de forma verticalizada e com pouco ou nenhum espaço para a participação de outros atores nas tomadas de decisão. Desse modo, os trabalhadores da saúde acabam prejudicados, pois não conseguem se perceber como corresponsáveis pelo produto da sua atividade, tornando-se alienados² do processo de gestão da saúde. Problemática que repercute negativamente nas relações de trabalho e representa um risco a saúde física e mental dos trabalhadores da saúde e usuários.

Atualmente algumas estratégias são utilizadas para tentar retomar o engajamento dos trabalhadores, usuários e gestores na luta pelo fortalecimento do SUS. A Política Nacional de Humanização surge nesse contexto e propõe a gestão participativa, na qual todos os atores são responsáveis pelo planejamento e execução do trabalho na saúde.

2.2 Política Nacional de Humanização: co-gestão como promotora de saúde para o trabalhador

Ao se falar em humanização na saúde, a perspectiva da Política Nacional de Humanização não é por humanizar as pessoas, mas sim transformar as relações que se estabelecem entre os trabalhadores no cotidiano da atividade, propondo que o sujeito seja compreendido em sua realidade e não a busca de algo idealizado. Assim, deve-se pensar em pessoas reais com suas qualidades e, principalmente, seus defeitos, angústias e contradições que são características inerentes ao ser humano.

Nessa concepção, o método utilizado pela PNH é o da inclusão, visando a valorização de todos os atores que contribuem para a saúde no SUS, sejam usuários, gestores e, principalmente, os trabalhadores. Todos incluídos de forma integral, não somente no que os

² Para Campos (2007b, p. 27), alienação é “a separação, concreta e cotidiana, dos produtores da gestão dos meios de produção e do resultado de seu próprio trabalho”.

aproxima, mas também nas diferenças e contradições, possibilitando que todos se responsabilizem pelo Sistema e contribuam para sua transformação.

A humanização está relacionada a ampliar a participação dos trabalhadores nas decisões referentes à própria tarefa, a partir da cogestão dos processos de trabalho. Esse modo de atuar promove maior responsabilização dos envolvidos através da formação de vínculos buscando a resolutividade do atendimento. São ações que visam fortalecer o SUS, mas que de forma direta também se conectam com a saúde dos próprios trabalhadores.

Segundo Archanjo (2010), a humanização começou a ser encontrada no SUS através de iniciativas de humanização do parto, da saúde da criança e como tema da 11ª Conferência Nacional de Saúde Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social, que aconteceu no ano 2000. Frente a essa movimentação, o governo federal, na época, voltou sua atenção para o assunto culminando na criação do Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH). Com um caráter programático, funcionava através da contratação de uma equipe externa, uma Organização não Governamental (ONG), que tinha a missão de humanizar as unidades hospitalares.

Os hospitais que participaram deste Programa eram vinculados ao SUS sendo esses hospitais universitários, estaduais ou filantrópicos. Houve uma primeira fase com alguns hospitais e uma segunda onde o número de participantes e hospitais foi ampliado. Contudo, a atuação desse programa ficou limitada a intervenções em hospitais não privilegiando e integrando todos os serviços do SUS (ARCHANJO, 2010, p. 62).

A Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS surge em 2003 em um movimento de defesa do “SUS que dá certo”, com o diferencial de se propor como política pública de todos e de cada um dos atores que compõem o Sistema Único de Saúde e não apenas mais um programa a ser implantado nos serviços. A humanização como política pública objetiva criar espaços de construção e troca de saberes, investindo na produção coletiva no trabalho (BENEVIDES; PASSOS, 2005a).

Além disso, a Política de Humanização só se efetiva uma vez que consiga sintonizar “o que fazer” com o “como fazer”, o conceito com a prática, o conhecimento com a transformação da realidade (BENEVIDES; PASSOS, 2005b).

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão. (BRASIL, 2008, p. 8-9)

A Política se estrutura através de princípios entendido como aquilo que causa ou força a ação, disparando um determinado movimento no plano das políticas públicas. A PNH, como

movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão, possui três princípios a partir dos quais se desdobra enquanto política pública de saúde: transversalidade; indissociabilidade entre atenção e gestão; e fomento da autonomia e protagonismo dos sujeitos (BRASIL, 2008).

A transversalidade é explicada como o aumento do grau de comunicação intra e inter grupos, perpassando todos os níveis de atenção e gestão da saúde. O segundo princípio busca a conexão entre a assistência ao usuário e as decisões tomadas pelos gestores, compreendendo que o trabalhador também gere a sua atividade. Fomentar autonomia e protagonismo é engajar todos os envolvidos no processo de produção de saúde como integrantes ativos do SUS e responsáveis pela sua defesa.

O HumanizaSUS ou PNH quer se fortalecer como Política Pública na Saúde, o que o constitui como uma obra aberta e um campo de experimentações dos atores que fazem parte do SUS (usuários, trabalhadores e gestores). Aliás essa é a maior força da Política que se propõe a produzir autonomia e protagonismo de todos os atores para que se reconheçam como parte desse Sistema.

Especificamente para os trabalhadores, o reconhecimento é fundamental para a promoção de saúde desse público e a valorização de sua atividade. A Humanização apoia uma nova perspectiva sobre o trabalho, entendido, não apenas como obrigação, mas como um aspecto significativo na produção subjetiva dos trabalhadores. Essa proposta de atuação encontra muitos desafios para se efetivar na prática, pois o trabalho na saúde é envolvido por variáveis que nem sempre o favorecem.

A gestão participativa na saúde mostra-se como um dispositivo potente para a promoção de saúde nos ambientes de trabalho. O trabalhador sente-se reconhecido e valorizado pela possibilidade de se posicionar quanto às decisões relativas a sua forma de atuação. Essa participação responsabiliza o profissional pelo resultado das suas ações e amplia o significado pessoal da atividade, pois possibilita que a pessoa se perceba no produto do seu trabalho (BRASIL, 2011).

Para Dejours (2011b, p. 371), “[...] quando os agentes engajam-se na discussão sobre a organização do trabalho, não estão apenas defendendo os seus interesses, mas construindo o sentido de seu sofrimento no trabalho, fincando a questão da identidade no campo social [...]”. Assim, a proposta de construção coletiva da organização do trabalho também atua de forma concomitante na construção das identidades individuais a partir da luta pela emancipação e o fortalecimento do poder de atuação dos sujeitos envolvidos na atividade.

Na prática esses profissionais já realizam a gestão do trabalho, através das microdecisões cotidianas referentes à atividade realizada. A proposta da PNH da gestão

participativa é de validar esse saber e incluí-los nas macrodecisões tomadas pelos detentores de maior poder na hierarquia do Sistema. A efetivação da PNH ainda é um desafio para o SUS, assim como a proposta de um modelo de gestão participativa com a valorização de saberes não só dos gestores, mas também dos trabalhadores e usuários do Sistema.

O grande questionamento é sobre como colocar em prática os dispositivos propostos por essa Política. A resposta não é única e vem sendo produzida pela experimentação de alguns locais que se dispõem a fazer uma análise dos processos de trabalho existentes.

No Estado de Rondônia, lócus da pesquisa, constata-se que a implantação da PNH é um desafio, principalmente pelo histórico de construção do SUS através de imposições do Ministério da Saúde e poucas iniciativas locais.

2.3 Gestão da saúde no estado de Rondônia: um caminho turbulento

O Estado de Rondônia inicia o processo de implantação do SUS a partir do ano de 1993 com a habilitação dos municípios na Norma Operacional Básica de 1993 (NOB/93), que estabelece procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde. Segundo Matos (2007), a gestão dos serviços de saúde pela Secretaria Estadual de Saúde (SESAU) foi marcada, na época de implementação do SUS, por obediência a diretrizes impostas pelo Ministério da Saúde (MS). Em nenhum momento houve iniciativas dos gestores estaduais quanto às ações em saúde, sendo característica a espera pelas normas advindas da União.

Para entender alguns fatores referentes à gestão do Estado na Saúde, faz-se necessário retomar, de forma sucinta, alguns aspectos históricos referentes a formação do território. Rondônia é uma terra marcada por diferentes ciclos migratórios e, na sua maioria, foram processos iniciados a partir de interesses políticos dos governantes federais visando garantir a posse da área.

Segundo Souza e Pessôa (2010), o processo de formação do território rondoniense foi marcado por extrema violência. A população local era expropriada de suas posses pelo próprio Estado, e cumpria o papel de mão de obra, às vezes escrava, para as empresas ou pessoas detentoras de capital nacional e internacional.

Os ciclos migratórios eram motivados por interesses econômicos internacionais, como a produção de borracha e cassiterita, ou a necessidade do Governo Nacional de garantir a posse das terras situadas em áreas fronteiriças e distantes do centro do poder no sudeste. Em nenhum momento observa-se a iniciativa da população no processo de criação do Estado de Rondônia.

Na área da saúde também ocorre a ausência de participação ativa da população, assim como, dos gestores locais. O primeiro hospital no Estado, o Hospital São José, foi criado para atender aos trabalhadores da Estrada de Ferro Madeira Mamoré (EFMM) e o primeiro hospital geral do Estado surgiu apenas em 1983 através de investimentos do Ministério da Saúde (MATOS, 2007).

Matos (2007), em sua tese de doutorado, na qual pesquisa a implementação do SUS no Estado de Rondônia, chega a algumas conclusões sobre o processo histórico da saúde no Estado, como o fato de ser uma realidade local marcada pelo mau governo, traduzido no mau uso de recursos públicos e numa forma de ocupação desordenada, com estímulo ao surgimento de municípios insustentáveis.

As ações e serviços de saúde seguiram a lógica da criação de serviços ambulatoriais e hospitalares, ou seja, tendo como foco a cura e não investindo no fortalecimento da prevenção e promoção da saúde, com o agravante de os serviços serem considerados precários quanto aos recursos humanos e a oferta de equipamentos. Outras dificuldades do Estado na área são devido às grandes distâncias dos municípios em relação à capital e, também, aos maiores centros do país, o que dificulta a fixação de profissionais, principalmente médicos, e, conseqüentemente, diminui a oferta dos serviços (MATOS, 2007).

Assim, a área da saúde pública também convive com as mesmas leis de mercado válidas para o comércio, no qual a baixa oferta pode ocasionar o sobrepreço da mercadoria. Dessa forma, em Rondônia, constata-se a existência de salários diferenciados pagos para a categoria médica. Algumas especialidades, como anestesistas, não aceitam se subordinarem ao vínculo de servidores públicos e somente trabalham como prestadores de serviço com a cobrança de preços diferenciados. Alguns serviços, como a hemodiálise, são comprados de clínicas privadas, pertencentes aos médicos, ao invés de serem oferecidos nas unidades públicas, porque os profissionais se recusam a isso.

Matos (2007) afirma que a lógica de planejamento e execução das ações no setor esteve relacionada a interesses privativos de algumas categorias profissionais e da elite dominante, ao invés de se pautar nas necessidades da população. No seu estudo, o autor percebeu que os pontos de atenção à saúde mostravam-se desconexos e não seguiam a lógica de funcionamento de uma rede integrada e verticalizada.

No ano de 2001, foi firmado um acordo de cooperação entre o Ministério da Saúde e a Secretária Estadual de Saúde, no qual o Estado passou a contar com consultores da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) para orientar as ações no setor. Tal situação foi consequência de solicitação do Ministério Público Estadual (MPE) juntamente com o

Conselho Estadual de Saúde (CES), para uma intervenção federal no setor. Em decorrência, o Estado conseguiu sua habilitação em gestão plena do sistema, de acordo com a Norma Operacional da Assistência à Saúde de 2002 (NOAS/02). Uma das dificuldades da SESAU, na época, foi devido à demissão em massa de funcionários ocorrida no ano de 1999 (MATOS, 2007).

Na sua pesquisa, Matos (2007) constatou a concentração dos serviços de saúde de média e alta complexidade na capital do Estado e, a grande maioria, ofertados pela SESAU. O autor enfatiza a existência de um único hospital de pronto socorro e, que, já na época, passava por uma situação gravíssima, sendo um dos motivos para justificar o pedido de intervenção solicitado pelo MPE e CES.

Interessante marcar a atuação expressiva do CES quanto aos rumos das decisões relativas ao SUS, um órgão de controle social que parece evidenciar a participação da população quanto às decisões políticas. O autor enfatiza a relevância da atuação desse órgão, em alguns momentos de forma conjunta com o MPE, porém afirma que constatou, também, a manipulação do CES pelos gestores estaduais (MATOS, 2007).

O autor finaliza afirmando que a implementação do SUS no Estado teve um sucesso relativo e marcado pela expressiva atuação da União, tanto nas decisões relativas às ações ofertadas, quanto ao aporte financeiro para execução dos serviços. Matos (2007) realizou sua pesquisa entre os anos de 1993 a 2002, entendido como a referência para a implementação do SUS, devido à edição das Normas Operacionais (NOB e NOAS), que visam a efetivação do Sistema criado pelas Leis 8.080 e 8142 de 1990.

Constata-se a existência de um modelo de gestão verticalizado, centrado nos interesses das categorias dominantes e com pouca participação social. Atualmente, se percebe poucas mudanças em relação à época estudada por Matos (2007), especialmente quanto aos serviços ofertados pela SESAU. Passados mais de nove anos após a pesquisa de Matos (2007), observam-se, ainda, a concentração dos serviços hospitalares sobre gestão estadual e ofertados na capital do Estado, assim como a existência de um único Pronto Socorro que continua atuando como referência para todos os municípios, além das áreas fronteiriças.

O Pronto Socorro citado, que é o local de realização da presente pesquisa, é alvo frequente de reportagens nas mídias locais e, eventualmente, nacionais devido às condições sob as quais se encontra em relação ao desconforto e falta de assistência aos pacientes, além da sobrecarga dos trabalhadores na execução dos serviços prestados à comunidade. Em uma notícia veiculada no dia 09 de Novembro de 2011, o Conselho Federal de Medicina (CFM),

representado pelo seu Presidente e Tesoureiro, afirma que o Hospital em questão se posiciona como o pior do país na sua especialidade (RONDÔNIA, 2011).

Quanto à situação que se encontra essa Unidade, os gestores locais afirmam que a superlotação é consequência do impacto da construção de duas usinas hidroelétricas que ocasionaram o aumento no quantitativo populacional e no fluxo de veículos, majorando a demanda por atendimentos. Em outra notícia veiculada pelo Departamento de Comunicação do Governo do Estado, de 09 de Novembro de 2012, divulga-se uma solenidade na qual é entregue ao governador o projeto para construção de um novo Pronto Socorro no Estado. De acordo com a reportagem, o projeto foi custeado por uma das Usinas, como parte do recurso de compensação ambiental, porém a execução da obra, no valor previsto de oitenta milhões de reais, deverá ser arcada pelo Estado através da realização de parceria público-privada (DECOM, 2012).

Apesar das notícias referentes a planejamentos futuros da SESAU quanto a modificações no setor de saúde, esse Pronto Socorro tem sido utilizado de forma frequente para caracterizar o descaso dos gestores com a área, além de favorecer a intercessão de órgãos externos, como o Ministério Público Estadual e o Tribunal de Contas do Estado, solicitando medidas efetivas no campo. Como exemplo, cita-se uma notícia veiculada no dia 26 de outubro de 2012, na qual o MPE firmou um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) com a SESAU para reduzir a quantidade de pacientes internados no Pronto Socorro, e uma das medidas para tanto foi a imposição de agilidade na realização de cirurgias ortopédicas no Hospital Geral do Estado para aumentar a rotatividade de leitos e evitar a superlotação (RONDÔNIA, 2012).

Percebe-se então que as Unidades de Saúde sob gestão Estadual e, marcadamente, o Pronto Socorro, encontram-se em condições que dificultam a prestação de um serviço de qualidade aos usuários do SUS. Constata-se, também, que o modelo de gestão escolhido pela SESAU não tem sido suficiente para resolver os problemas do setor e, conseqüentemente, tem acontecido a entrada de órgãos externos para interferir nas decisões.

Desde a posse do atual governador do Estado já foram nomeados 5 (cinco) Secretários Estaduais de Saúde, de 2011 a 2012, com uma média de permanência no cargo de 4,8 meses para cada um. De acordo com reportagem de Arruda (2012), no ano de 2011 aconteceu uma operação da Polícia Federal no Estado que culminou na prisão, entre outros, do Secretário Adjunto de Saúde acusado de estar envolvido em um esquema de corrupção que desviou R\$ 23.000.000,00 (vinte e três milhões de reais) da Secretaria Estadual de Saúde.

Pode-se perceber a difícil situação na qual se encontra o setor saúde no Estado, não somente na prestação da assistência, mas, principalmente, na gestão da área, sendo marcante a necessidade de se repensar os modelos existentes e se propor modificações profundas que possam refletir em melhorias para o SUS estadual.

Nesse contexto é importante refletir sobre a situação dos trabalhadores, pois utiliza-se como pressuposto a ideia de que o modo de gestão interfere diretamente na assistência e, conseqüentemente, terá impactos na saúde dos profissionais. Dessa forma, é necessário compreender a relação entre esses pólos: saúde e gestão do trabalho.

2.4 Saúde mental e gestão organizacional do trabalho: dois polos indissociáveis

Entende-se por gestão o modo de organização dos processos de trabalho, que, geralmente, são ditados pelo topo da hierarquia em uma instituição de trabalho. A forma como os trabalhadores executam essas regras está diretamente relacionado à saúde mental, o que não significa ausência de sofrimento, pois toda situação de trabalho tem potencial tanto para o prazer como para a dor.

Para garantir minimamente um ambiente saudável de trabalho, a relação entre os trabalhadores e a organização do trabalho deve ser dinâmica. Assim, é imprescindível que os sujeitos possam interferir nas prescrições a partir do próprio conhecimento da prática do trabalho quando acabam por modificá-las e descobrem novas formas de executar a atividade de maneira mais eficiente. Quando essa possibilidade de intervenção não existe, acontecem as crises nas organizações e os adoecimentos dos trabalhadores.

Segundo Dejours (2011c), no campo da gestão das situações de trabalho é importante contar com a racionalidade subjetiva dos atores envolvidos na atividade. Na proposta da Psicodinâmica do Trabalho, a dinâmica do sofrimento é transformada em prazer a partir do reconhecimento do trabalho, tanto pelos próprios pares quanto pelos gestores. Tal processo contribui para a construção de identidade do sujeito através do significado do trabalho. Quando não é possível esse objetivo, os sujeitos mobilizam estratégias defensivas, tanto individuais como coletivas, para lidar com o sofrimento.

Nas situações de trabalho existe sempre o risco de adoecimento mental e a luta contra a loucura é constante. Para Dejours (2011c, p. 115),

A loucura não depende da intensidade dos constrangimentos exercidos sobre o indivíduo pela realidade do trabalho. A razão – ou a normalidade – não depende da adequação dos constrangimentos exercidos sobre o sujeito pela realidade do trabalho. É antes quando um dos três termos se encontra isolado dos demais que aparece o risco da alienação e da loucura.

Então, o trabalho é uma luta a favor do reconhecimento e contra a alienação. Quando a organização do trabalho encontra-se dissociada da realidade, ocorre a alienação cultural e os trabalhadores por desconhecerem o que se passa na gestão podem entrar na alienação social, de acordo com Dejours (2012). Por isso a importância de se manter a dinâmica e o diálogo entre gestão e execução da atividade.

Então,

O grau de abertura da discussão sobre a organização do trabalho desempenha um papel essencial na economia privada da saúde mental e da psicopatologia. A permeabilidade do espaço de discussão na empresa surge como condição crucial para a preservação da saúde mental dos agentes. Inversamente, podemos observar como a economia subjetiva, a racionalidade das condutas relativas à identidade e à realização de si mesmo repercutem sobre o espaço de discussão. (DEJOURS, 2011b, p. 370).

Por essa linha de pensamento e buscando apreender o significado do trabalho e sua relação com a saúde ou o adoecimento dos trabalhadores é imprescindível entender o modo de organização dos processos de trabalho no setor de saúde. Os setores de serviço, e nessa área se incluem os Hospitais, acabaram por se apropriar do modo de organização do trabalho advindo da indústria. A base, inicialmente, é o método de Taylor da “Organização Científica do Trabalho (OCT)”, cuja característica principal é a divisão do trabalho e a criação de rigorosos métodos de controle da produção através de exigências de tempo e cadência na realização da atividade.

Segundo Dejours (1992, p. 38), “Taylor imaginou então um meio de vigiar cada gesto, cada sequência, cada movimento na sua forma e no seu ritmo, dividindo o modo operatório complexo em gestos elementares mais fáceis de controlar por unidades”. De acordo com o mesmo autor, esse modo da OCT se caracteriza pela divisão dos homens, o seu isolamento e a anulação da obra coletiva.

A OCT tem como resultado a alienação do trabalhador. Através da divisão excessiva do trabalho, acaba-se por perder de vista o produto final da atividade resultando na perda do sentido do trabalho para o operário e, conseqüentemente, na eliminação de toda e qualquer iniciativa para transformação das condições as quais estavam submetidos. Tal método se firma na concepção de que as decisões relacionadas ao trabalho devem ser tomadas por especialistas que ocupam os cargos de gestores e negam o saber do próprio trabalhador em relação a sua atividade.

Dejours (1992, p. 42) afirma que:

Taylor estava errado. O que parece correto do ponto de vista da produtividade é falso do ponto de vista da economia do corpo. Pois o operário é efetivamente o mais indicado para saber o que é compatível com a sua saúde. Mesmo se seu modo operatório não é sempre o mais eficaz do ponto de vista do rendimento em geral, o

estudo do trabalho artesanal mostra que, via de regra, o operário consegue encontrar o melhor rendimento de que é capaz respeitando seu equilíbrio fisiológico e que, desta forma, ele leva em conta não somente o presente mas também o futuro.

Observa-se que esse modo de gerir o trabalho é produtor de sofrimento para os trabalhadores e contribui diretamente para o adoecimento dessas pessoas. Dejours (1992) defende a necessidade de valorização do saber operário, pois são detentores de conhecimento sobre o seu corpo e, dessa forma, conseguem encontrar um equilíbrio entre os limites pessoais e as metas de produtividade da organização.

Na sequência da história, o modelo da OCT foi substituído por outras teorias na gestão que, ao invés de excluir a subjetividade do operário, passaram a utilizá-la como formas de controle sutis, nas quais os próprios trabalhadores são chamados a contribuir para a sua submissão. Porém, o legado de Taylor continua, pois o cerne de todos os métodos de gestão permanece sendo a busca por promover disciplina e controle no ambiente de trabalho.

Segundo Campos (2007b, p. 23):

[...] a marca central da Organização moderna ou pós-moderna continua sendo o autoritarismo. Um autoritarismo, às vezes, revestido com palavras doces – parceria, integração, desenvolvimento de RH, flexibilização – mas enganosas. Além de integrar-se ao espírito da firma, espera-se que os empregados o façam com entusiasmo expressivo, quase histérico. A centralização do poder em núcleos de gerência ainda é a pedra de toque das múltiplas variedades de métodos de gestão hoje existentes.

Assim, o que se espera nas instituições é a participação dos trabalhadores, não nos processos de tomadas de decisões, mas sim no cumprimento das ordens emitidas pelas chefias. Esse autoritarismo se faz presente na saúde, onde predominam os modelos de gestão verticais, a dissociação dos trabalhadores por categorias profissionais e a separação entre quem executa a assistência ao usuário e quem decide sobre a organização do trabalho.

Os métodos clássicos de gestão visam ao aumento da produção através da manutenção da disciplina no ambiente de trabalho. Os trabalhadores que são os prestadores finais dos serviços de saúde para a comunidade acabam perdendo suas próprias características, sua subjetividade. Assim, as instituições de saúde acabam por produzir dominação, alienação e controle (CAMPOS, 2007).

Constata-se essa situação na saúde quando os gerentes padronizam as condutas terapêuticas e diagnósticas através de protocolos que são elaborados por especialistas e devem ser executados pelos trabalhadores da ponta que, geralmente, não participam da construção de tais normas. Acontece, assim, a dissociação entre a atenção ao usuário e a gestão da atividade.

Essa negação da participação dos trabalhadores sobre as decisões referentes a sua própria atividade é denominada por Campos (2007b, p. 27) de alienação real. “A alienação

real impede ganhos de autonomia, ou seja, dificulta a construção dos Sujeitos como seres com vontade e potência para exercer a co-gestão dos processos de trabalho”.

A ausência nos locais de trabalho de espaços que favoreçam encontros e conversas entre os trabalhadores é um indicador concreto da alienação real na instituição. Ainda segundo Campos (2007b, p. 34), “a construção de autonomia entre os trabalhadores não foi tomada como um desafio central por nenhuma das escolas de administração”.

A partir da perspectiva de propor modificações no modo de compreensão do que é a gestão do trabalho, o autor sugere a criação e instituição de espaços nos quais os trabalhadores possam atuar de modo efetivo na análise e co-gestão da instituição. Essa proposta retoma a base histórica de criação do SUS, onde o movimento de Reforma Sanitária reivindicou a existência de espaços para a participação de todos os atores da saúde (usuários, trabalhadores e gestores) nas tomadas de decisão.

Nessa linha de pensamento, no campo da ergologia³, entende-se que, de alguma forma, o trabalhador sempre irá realizar a gestão do seu trabalho, pois as regras vindas de cima nunca são suficientes para abarcar toda a complexidade inerente ao exercício real da atividade pelo sujeito. Assim, segundo Schwartz (2004, p. 25), “todo trabalho é sempre *uso de si*, considerando-o, simultaneamente, *uso de si por outros* (o que vai das normas econômico-produtivas às instruções operacionais) e *uso de si por si* (o que revela compromissos microgestionários)”.

Dessa forma, a subjetividade sempre se faz presente e está em constante transformação a partir das exigências da instituição. Essa definição amplia a concepção de gestão, entendida como o campo de escolhas que atravessam toda a organização, desde o nível macro, voltado para as determinações do capital, até o nível micro, relacionado com as decisões cotidianas de cada trabalhador na execução de sua atividade.

Schwartz (2004) afirma que a gestão acontece a partir de três polos: o polo do orçamento do Estado e da gestão dos recursos públicos, o polo dos gestores da empresa e o polo da gestão incluída nas atividades. Os dois primeiros polos tendem a negar a existência do terceiro. Entre os diferentes polos existem inúmeras possibilidades intermediárias de situações. Então, a gestão são as negociações de valores entre as diferentes instâncias envolvidas em cada polo e que detêm poderes desiguais.

No modelo de gestão Taylorista, espera-se que o trabalhador cumpra de modo fiel as normas impostas pelos especialistas que, nesse entendimento, detêm o saber sobre a melhor

³ “a Ergologia conforma o projeto de melhor conhecer e, sobretudo, de melhor intervir sobre as situações de trabalho, para transformá-las” (SCHWARTZ; DUC; DURRIVE; 2010a, p. 25).

maneira de realizar a atividade. Porém, na prática, observa-se que sempre existem defasagens, ou seja, as regras não são cumpridas na sua totalidade. Tais situações, nessa perspectiva, são consideradas como falhas na organização, seja dos próprios trabalhadores ou dos gestores.

Ao se considerar o polo da gestão incluída nas atividades, nota-se que os trabalhadores também detêm conhecimento sobre o seu trabalho e aplicam esse saber continuamente nas diversas ocasiões nas quais as regras falham. Segundo Duraffourg, Duc e Durrive (2010, p. 70), “não somente eu não faço jamais exatamente aquilo que me mandam fazer, mas eu não faço jamais exatamente aquilo que eu previ fazer”.

Assim, no campo do trabalho acontece o jogo das dramáticas gestionárias, onde os três polos se inter cruzam nas inúmeras negociações referentes a cada escolha a ser tomada na organização. Para os trabalhadores, “é efetivamente na atividade de trabalho que se manifesta a dialética do uso de si, ou seja, a maneira singular pela qual os homens e as mulheres fazem uso deles próprios em função deles próprios e daquilo que os outros lhes demandam” (DURAFFOURG; DUC; DURRIVE; 2010, p. 70).

Nessa perspectiva o trabalho é entendido como uma ação de transformação, tanto da própria atividade quanto de todos os sujeitos envolvidos no processo. Tal situação produz a dialética do prazer e sofrimento vivenciados no trabalho. Em alguns momentos e para algumas pessoas o eixo de prazer será maior e, no outro lado, também pode se sobressair a produção de adoecimentos ou sofrimentos para os trabalhadores.

Duraffourg, Duc e Durrive (2010, p. 70) afirmam que:

[...] a gestão das defasagens pela atividade de trabalho é uma manifestação vital. Constatar que os trabalhadores se apropriam das normas, mascaram, transgridem, jogam com elas inventando novas normas, em resumo, renormalizam permanentemente, isto significa que há vida, significa a possibilidade de dominar o sistema.

Esse polo da gestão da atividade é permeado por uma grande possibilidade de tensionamento dos outros polos situados em níveis macro políticos. Os trabalhadores, alguns mais e outros menos conscientes, detêm o poder de transformar a sua própria atividade, mas essa potencialidade, na maioria das vezes, é encoberta pela alienação resultante da divisão do trabalho e do enfraquecimento dos coletivos presentes nas organizações.

Segundo Dejours (2011d, p. 27), a desestabilização dos coletivos é consequência dos novos métodos de organização do trabalho que estimulam a competitividade, gerando uma concorrência generalizada e comportamentos desleais entre os trabalhadores. “A desconfiança substitui a confiança; o isolacionismo, o cada-um-por-si, a solidão, a desolação instalam-se”.

Na história da Política de Saúde no Brasil percebe-se esse enfraquecimento da coletividade. O SUS surge a partir de um movimento social que perde força quando o Sistema se institui de forma oficial, passa a se sujeitar a interesses de orçamento do estado e os trabalhadores se dividem em categorias profissionais ao invés de fortalecerem o coletivo.

Assim, os trabalhadores também contribuem para a perpetuação das formas de dominação utilizadas pela organização do trabalho. Segundo Dejours (2011e, p. 278),

O sucesso desses novos métodos de dominação só se torna possível se uma fração considerável dos trabalhadores – tanto em nível de gerenciamento como de execução – engajar-se de corpo e alma para a sua implantação. Mais: é necessário que aqueles que são submetidos a essas formas gestonárias participem ativamente para o seu sucesso.

Nesse entendimento que a saúde mental no trabalho é a luta pela emancipação sempre existem possibilidades de se libertar da subjugação da organização do trabalho. Na área da saúde, vislumbra-se uma abertura democrática visando a inserção de trabalhadores e usuários em espaços nos quais possam contribuir para as decisões referentes ao Sistema. Outra possibilidade é o advento de propostas como a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS que objetiva retomar a luta em defesa de um Sistema de Saúde Público, de qualidade e com garantia de acesso universal.

Essa luta pela emancipação também acontece entre os trabalhadores da saúde. Observa-se que a grande maioria é afetada pelos modelos de gestão responsáveis pelas condições que vivenciam no trabalho. Cada um irá utilizar as estratégias disponíveis para conseguir manter-se dentro da normalidade, o que não significa ausência de sofrimento, mas sim uma eficácia na escolha e utilização das estratégias de defesa e de enfrentamento.

2.5 Impactos dos modelos de gestão na saúde no profissional da enfermagem

O trabalho na área da saúde, de forma geral, é considerado estressante e propício a desencadear quadros de sofrimento psíquico, não somente devido a todo o contexto de adoecimento e dor que os trabalhadores vivenciam cotidianamente na relação com os pacientes e familiares, mas, também, devido às condições de trabalho a qual estão submetidos, principalmente no campo da saúde pública.

Algumas questões mostram-se com ampla visibilidade quanto ao trabalho na saúde, como a degeneração dos vínculos através da negação ou omissão sobre os direitos constitucionais dos trabalhadores; a precarização dos ambientes e condições de trabalho; e as dificuldades no âmbito da organização e relações sociais de trabalho em contextos de gestão ainda autoritários (SANTOS-FILHO, 2011).

O setor da Saúde vivencia uma precarização das condições de trabalho. Para atender às exigências inerentes à atenção integral à Saúde e à humanização das práticas, os trabalhadores necessitam desenvolver múltiplas habilidades e incorporar tecnologias bastante complexas para superar os desafios existentes no cotidiano do trabalho (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010).

Entre os trabalhadores dessa área, percebe-se que a equipe de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros) são os profissionais que se colocam na “linha de frente” da atuação, estão diretamente ligados à assistência aos pacientes e se veem constantemente no lugar de “dar um jeitinho” visando ao atendimento de forma eficaz e resolutiva.

Para entender o sofrimento mental na enfermagem, é preciso relacionar os processos de adoecimento que os profissionais vivenciam, pois é a marca visível dessa luta a que todos estão submetidos. Para isto, realizou-se um levantamento de pesquisas na área da saúde e que enfatizam o processo de adoecimento dos trabalhadores da enfermagem. Foi organizada uma busca na base de dados Scielo⁴ no dia 02 de Junho de 2012. Utilizaram-se como descritores as palavras “saúde do trabalhador” e “enfermagem” no campo de busca para todos os índices.

Ao todo foram encontradas 127 (cento e vinte e sete) referências, mas somente 52 (cinquenta e duas) abordavam a temática de adoecimento entre a equipe de enfermagem. As ulteriores 75 (setenta e cinco) se relacionavam a outras áreas ou diversos profissionais de saúde que não somente a enfermagem ou focavam em distintas questões referentes à prática desses profissionais.

Becker e Oliveira (2008) buscaram investigar o índice de absenteísmo entre a equipe de enfermagem de um hospital psiquiátrico. Constataram que a maioria dos afastamentos acontece por motivo de doença e os trabalhadores que permanecem mais tempo afastados são os profissionais que têm maior tempo de serviço na instituição. Assim, sugerem que o exercício contínuo da enfermagem causa um desgaste nos cuidadores que, consequentemente, provoca adoecimentos físicos ou psíquicos.

Nesse mesmo assunto, Gehring Junior et al (2007) analisaram os índices de absenteísmo dos profissionais de enfermagem de dezesseis unidades de saúde do município de Campinas - SP e constataram evidências apontando que a maior carga a que esse trabalhadores estão submetidos é a psíquica. Assim, os maiores índices de gravidade e frequência em relação aos afastamentos se relacionam de forma direta ou indireta a sofrimento psíquico.

⁴ <http://www.scielo.org/php/index.php>

Martinato et al (2010) realizaram uma revisão integrativa para conhecer as produções científicas nacionais, publicadas no período de 2003 a 2008, sobre o absenteísmo dos profissionais de enfermagem. Concluíram que esses trabalhadores são acometidos por inúmeras doenças, mentais e físicas, e que, geralmente, estão relacionadas às condições de trabalho inadequadas sob as quais têm que atuar.

A pesquisa de Campos e David (2011) foca-se nos riscos de adoecimento do enfermeiro que atua em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Foi utilizada uma amostra de 44 trabalhadores de um hospital privado e aplicada a Escala de Avaliação do Contexto do Trabalho (EACT) composta por três fatores: organização do trabalho, relações sócio-profissionais e condições de trabalho. Quanto à organização do trabalho, o estudo obteve resultados que representam riscos severos à saúde dos profissionais. Os autores afirmam que isso se deve ao ritmo de trabalho intenso vivenciado pelos trabalhadores, cujo objetivo é executar as tarefas propostas no menor prazo possível. Essa situação não possibilita a expressão da criatividade no trabalho, demonstrada pela participação dos trabalhadores nas decisões cotidianas e ocasiona então o sofrimento tanto por sintomas físicos como mentais.

Tal afirmação é corroborada por Clot (2007, p. 71) ao dizer que: “a função psicológica do trabalho só aparece no momento em que o homem pode dele destacar-se, quando não se percebe mais como fundido com sua tarefa”. Entende-se com isso que o trabalho é uma atividade formadora do ser humano, e, no caso citado acima, devido à pressão para o cumprimento exclusivo da tarefa, os trabalhadores não conseguem se colocar ou utilizar suas próprias singularidades para simbolizar a atividade como algo além de mero cumprimento de obrigação.

Para os ergonomistas (GUÉRIN et al, 2001, p. 18), a tarefa é o resultado antecipado, aquilo que o trabalhador deve atingir, mas que não deve ser confundido com o trabalho em si, pois durante a atividade do trabalho, definida como a realização da tarefa, sempre é exigido um esforço do trabalhador além do que está definido na norma. “Nesse sentido, o resultado da atividade é sempre uma ‘obra (*ergon*) pessoal’, sinal da habilidade, personalidade, etc., daquele que a produziu”.

Nessa linha teórica, isso é que traz o significado do trabalho para o sujeito, assim como a diminuição da distância entre a tarefa e a atividade é potencial gerador de sofrimento, pois o sujeito não se percebe como importante nesse processo.

Trabalhar não é somente ganhar a vida; é também e sobretudo ter um lugar, desempenhar um papel. Desse ponto de vista, não ter trabalho é um drama, mas ter um trabalho no qual as possibilidades de investimento pessoal são exíguas não deixa de ter consequências graves (GUÉRIN et al, 2001, p. 18).

Ainda, no estudo de Campos e David (2011), outro fator pesquisado foi relacionado às relações sócio-profissionais e apresentou avaliação moderada à crítica. Nesse item, observou-se que os trabalhadores são instigados a estabelecerem relações de competição visando atingir as metas propostas pelos gestores.

A relação entre os pares pode ser primordial para a produção de adoecimento ou saúde no ambiente de trabalho. Clot (2007, p. 81) define o trabalho como uma atividade coletiva, onde “cada um se acha engajado somente num segmento da ação realizada, sem nunca poder abarcar o todo”. E esse especialismo é o que produz o sujeito, pois reflete as suas escolhas e a sua dependência do envolvimento com o outro. Em uma situação de trabalho onde a competição é intensificada, os coletivos perdem a força e isso traz consequências para a vida psíquica do sujeito, pois as estratégias coletivas de resistência são mais eficazes do que as individuais.

O outro item avaliado na pesquisa citada anteriormente foi relacionado às condições de trabalho e apresentou o melhor percentual de avaliação. Os autores afirmam que esse resultado é característico da instituição privada estudada, não podendo ser generalizado para outras Unidades de Saúde, tanto públicas como privadas (CAMPOS; DAVID, 2011).

Beck et al (2010) realizaram uma pesquisa visando identificar os fatores que favorecem e dificultam o trabalho da enfermagem. Entre os fatores que favorecem estão: a valorização e o reconhecimento; educação permanente; vínculo estabelecido com a comunidade; e o trabalho conjunto com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Quanto aos fatores que dificultam, encontraram: falta de recursos humanos, de materiais e equipamentos; falta de compreensão e paciência da comunidade; e dificuldades relacionadas à área física delimitada. Concluíram que essas variáveis podem ser determinantes para a saúde do trabalhador e também para a qualidade do serviço realizado.

Regis e Porto (2011) têm como objeto de estudo a insatisfação dos integrantes da equipe de enfermagem com o trabalho e as consequências sobre as atividades realizadas. Constataram que os maiores índices de insatisfação se relacionam a necessidades fisiológicas e de segurança, consideradas como básicas para o ser humano. Alguns aspectos citados foram a carga de trabalho elevada e a falta de água mineral, de alimentação adequada, de descanso, de condições financeiras e de recursos humanos.

Prestes et al (2010) focaram na dinâmica entre prazer e sofrimento relacionado ao trabalho sob a perspectiva de trabalhadores de um serviço de hemodiálise. Concluíram que o fato de o profissional gostar de sua atividade, obter reconhecimento, poder auxiliar o paciente de forma diferenciada e não vivenciar nenhuma intercorrência no plantão, está relacionado

com fatores geradores de prazer. O sofrimento surge pela convivência com o sofrimento do paciente, a sensação de impotência e as dificuldades de relacionamento entre os colegas e, também, com os pacientes.

De forma similar, Shimizu, Couto e Merchan-Hamann (2011) analisaram os fatores que são causadores de prazer e sofrimento no trabalho em enfermeiros e técnicos de enfermagem da UTI, e compararam o grau de ocorrência desses fatores nos anos iniciais e finais da carreira. Perceberam que os sinais de esgotamento são maiores no início da vida profissional para os técnicos de enfermagem, enquanto para os enfermeiros são nos anos finais. A prática do cuidar apareceu como um fator gerador de prazer e a falta de reconhecimento associou-se com o sofrimento no trabalho.

David (2009), a partir da percepção dos trabalhadores, buscou identificar fatores de riscos na organização do trabalho que favorecem o adoecimento. Nas unidades de saúde estudadas, observou que a atividade tem uma característica prescritiva. As tarefas são pré-determinadas pela gestão. Essa situação impede o desenvolvimento de atividades criativas e desmobiliza a atuação em equipe já que são marcadamente individuais. Consequentemente os trabalhadores mostram-se insatisfeitos com a chefia e citam dificuldades no relacionamento com os colegas e também com os pacientes.

Nesse mesmo estudo, os trabalhadores avaliaram de forma positiva o item organização geral do trabalho. Esse dado parece contraditório com o exposto anteriormente, mas é coerente na perspectiva da saúde como um processo de luta contra o sofrimento. De forma geral, o trabalho é avaliado positivamente, pois ainda possibilita algum reconhecimento e satisfação mesmo existindo aspectos considerados negativos e fontes de insatisfação.

Nessa mesma direção, Fernandes et al (2012) realizaram uma pesquisa para avaliar o impacto do trabalho na qualidade de vida dos enfermeiros. Perceberam que os valores médios referem-se a uma qualidade de vida considerada satisfatória, porém enfatizam a existência de algumas variáveis profissionais que trazem prejuízos a aspectos psicológicos, físicos e espirituais desses trabalhadores. Tais variáveis são: o número de vínculos; o vínculo empregatício inseguro; a excessiva carga horária de trabalho; e a insatisfação com o trabalho.

Um aspecto também relacionado ao sofrimento psíquico a partir do trabalho é o assédio moral. Fontes, Pelloso e Carvalho (2011) realizaram um levantamento bibliográfico desse assunto. De forma geral, confirmaram a presença do assédio moral no ambiente de trabalho da equipe de enfermagem e observaram que a literatura aponta que os próprios trabalhadores aceitam e reproduzem essa forma de violência entendida como integrante da

cultura organizacional, o que acaba por produzir adoecimento e prejuízo na execução da atividade.

Nessa busca pelo adoecimento psíquico, vários artigos (KIRCHHOF et al, 2009; MAGNAGO et al 2010a; 2010b; 2010c) realizaram uma investigação sobre a prevalência de alguns tipos de adoecimentos em trabalhadores de enfermagem de Hospitais Universitários no Rio Grande do Sul, avaliando a relação com a demanda psicológica e o controle sobre o trabalho.

Essas duas dimensões psicossociais abarcam aspectos específicos do processo de trabalho. O controle no trabalho engloba questões referentes ao uso de habilidades (o grau pelo qual o trabalho envolve aprendizagem de coisas novas, repetitividade, criatividade, tarefas variadas e o desenvolvimento de habilidades especiais individuais) e autoridade de decisão (inclui a habilidade individual para a tomada de decisões sobre o próprio trabalho, a influência no grupo de trabalho e na política gerencial). Já, a demanda psicológica diz respeito às exigências psicológicas enfrentadas pelo trabalhador durante a execução das suas tarefas. (KIRCHHOF et al, 2009, p. 217).

Essa perspectiva classifica o trabalho em quatro categorias, de acordo com os níveis de demanda psicológica e controle sobre o trabalho na execução da atividade, sendo: alta exigência (alta demanda e baixo controle), baixa exigência (baixa demanda e alto controle), trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle) e trabalho ativo (alta demanda e alto controle).

Relacionado à prevalência de Distúrbios Psíquicos Menores (DPM), Kirchhof et al (2009) concluíram que existe prevalência de DPM na população estudada e que os trabalhadores de enfermagem expostos, simultaneamente, a altas demandas psicológicas e a baixo controle no trabalho apresentam chances maiores de adoecerem.

Magnago et al (2010a; 2010b) avaliaram a ocorrência de Distúrbios Músculo Esqueléticos (DME) e constataram que os trabalhadores submetidos à alta exigência no ambiente laboral apresentaram maiores chances de desenvolver dor musculoesquelética em algumas regiões do corpo do que aqueles classificados como de baixa exigência.

Magnago et al (2010c) concluíram que, em relação à equipe de enfermagem, os trabalhadores mais suscetíveis ao adoecimento são os técnicos e auxiliares de enfermagem, pois encontram-se expostos a um maior grau de desgaste, relacionado ao trabalho em alta exigência.

Por esses estudos percebe-se a relação com a perspectiva teórica da Clínica do Trabalho sobre o trabalho exercendo uma função psicológica de formação da subjetividade. “Cada um se vê por meio de suas próprias atividades no interior da divisão do trabalho simultaneamente como sujeito e como objeto dessa conservação e dessa intervenção” (CLOT,

2007, p. 80). Porém, quando essa dinâmica psíquica é impedida, em situações onde a possibilidade de controle do trabalho é mínimo e extremamente limitado, acontece o adoecimento.

Lorenz, Benatti e Sabino (2010) realizaram um estudo visando investigar a existência da síndrome de *burnout* entre enfermeiros de um hospital universitário de alta complexidade. Utilizou-se uma amostra de 149 enfermeiros, distribuídos entre vários setores do hospital e foram aplicados o inventário de *Burnout* de Maslach (MBI) e o inventário de estresse em enfermeiros (IEE). Nos resultados, de modo geral, evidenciou-se a existência de *burnout* relacionado ao trabalho e altos níveis de estresse entre os profissionais.

Outras pesquisas (FRANCO et al, 2011; GALINDO et al, 2012; JODAS; HADDAD, 2009; MENEHINI; PAZ; LAUTERT, 2011) também se focam em estudar o *burnout* na enfermagem. Observa-se que esse assunto é recorrente ao se tratar de adoecimentos na área de saúde.

O *Burnout* é caracterizado na classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde, em sua décima revisão (CID-10), como problemas relacionados com a organização de seu modo de vida, sob o código Z73.0, denominado esgotamento e definido como um estado de exaustão vital.

Seligmann-Silva (2011, p. 524) afirma que “os profissionais que desenvolvem o *burnout* são, em sua maioria, aqueles que prestam serviços a outras pessoas, especialmente os denominados *cuidadores*, isto é, aqueles que cuidam de outras pessoas”.

Para fins de ilustração da afirmação acima, realizou-se uma pesquisa na base de dados scielo, no dia 15 de Maio de 2012, utilizando-se como descritor a palavra *burnout*. Obteve-se 115 ocorrências e, dentre estas, constatou-se pelo título que 62 são relacionadas aos trabalhadores da saúde.

Trindade, Lautert e Beck (2009), após o levantamento quantitativo de trabalhadores esgotados (atingidos por *burnout*) e os não esgotados, investigaram os mecanismos de enfrentamento do estresse utilizados pelos sujeitos dessas duas categorias. Perceberam que os trabalhadores adoecidos utilizam estratégias individuais e centradas nas emoções, enquanto que a outra amostra prioriza os mecanismos coletivos para lidar com as situações estressantes e buscam a resolução dos problemas.

Outra temática percebida como comum relacionada a adoecimento na equipe de enfermagem é em relação ao estresse ocasionado pelas condições de trabalho. Algumas pesquisas (GUIDO et al, 2011; HANZELMANN; PASSOS, 2010; NEGELISKII; LAUTERT, 2011; ROBAINA, 2009; SPINDOLA; MARTINS, 2007; URBANETTO et al, 2011)

investigaram esse assunto sob diferentes abordagens. Constataram a existência desse tipo de sofrimento e também buscaram descobrir as estratégias utilizadas pelos profissionais para lidar com essa questão.

Mininel, Baptista e Felli (2011) buscaram descrever, a partir da perspectiva dos próprios trabalhadores, as cargas psíquicas presentes no cotidiano de trabalho e identificar os processos de desgaste a que se relacionam. Os autores afirmam que os processos de desgaste se apresentam por adoecimentos físicos ou psíquicos e, também, em algumas vivências emocionais como angústia e medo, dentre outras. Concluíram que, em todas as unidades estudadas, os profissionais sofrem algum tipo de carga psíquica e, conseqüentemente, apresentam processos de desgaste.

Igual entendimento foi atingido por Schmoeller et al (2011), que realizaram uma revisão integrativa sobre a produção teórica em relação à carga psíquica e processos de desgaste. Afirmam que os estudos identificam as cargas psíquicas como responsáveis pelo desgaste emocional dos trabalhadores e, conseqüentemente, o adoecimento físico e psíquico.

Schmidt, Dantas, e Marziale (2011) avaliaram a presença de ansiedade e depressão entre profissionais de enfermagem que atuam em bloco cirúrgico nas instituições hospitalares. Constataram uma frequência, considerada pelos autores como preocupante, de profissionais com sintomas relativos a ansiedade e depressão.

Ribeiro et al (2012, p. 496) realizaram uma revisão integrativa para buscarem evidências que abordem as formas de adoecimento pelo trabalho da enfermagem. Os autores consideraram o trabalho da enfermagem permeado por dificuldades como “vulnerabilidade a riscos inerentes ao trabalho realizado; cargas de trabalho; número insuficiente de trabalhadores para a grande quantidade de pacientes internados; remuneração insuficiente; turnos exaustivos”. Os autores encontraram 27 artigos que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos no estudo. Entre os temas abordados, observaram que os trabalhos brasileiros e americanos tratam de estresses, acidentes e riscos ocupacionais e dor músculo esquelética.

Como formas de enfrentamento ao estresse no ambiente de trabalho, foram citadas a utilização de exercícios, música, relaxamento e massagem. Observou-se, ainda, um aumento do número de publicações sobre as doenças ocupacionais a partir do ano de 2003, fato esse que, segundo os autores, pode estar relacionado com a publicação da Lei 8.080/90⁵, que preconiza o cuidado com a saúde do trabalhador.

⁵ No inciso “c” do artigo 6º a saúde do trabalhador é incluída como campo de atuação do SUS.

Dal Pai e Lautert (2009) estudaram as estratégias de enfrentamento contra o adoecimento utilizadas por trabalhadores da enfermagem de um Pronto Socorro público. Na análise realizada, os pesquisadores, delimitaram algumas categorias entendidas como as estratégias mais utilizadas pelos profissionais, sendo: o distanciamento do problema como forma de proteção, a despersonalização como defesa do sofrimento e a modulação do sofrimento com humor para não adoecer.

Nessa busca pelas estratégias utilizadas pelos trabalhadores para lidarem com as condições de trabalho sob as quais são submetidos, Martins e Zeitoune (2007) se focaram no uso de substâncias psicoativas pelos trabalhadores de enfermagem e a relação com o trabalho. Concluíram que o uso de drogas é uma forma que os profissionais encontram para negar ou minimizar a percepção da realidade que os fazem sofrer.

No trabalho de Oliveira e Lisboa (2009) busca-se discutir sobre as estratégias coletivas de defesa utilizadas pelos trabalhadores de enfermagem em relação à exposição ao ruído na UTI. Percebem que essas estratégias podem ser fontes de prazer e satisfação na execução da atividade, pois situam o profissional como sujeito ativo do processo de trabalho, já que precisam, de maneira coletiva e solidária, encontrar formas de lidar com exposição ao ruído e, essa dinâmica, possibilita que se percebam construtores do seu ofício.

Através dos dados apresentados, percebe-se o interesse crescente de pesquisadores sobre o adoecimento na equipe de enfermagem. Os estudos são realizados tanto por métodos quantitativos quanto qualitativos e, de forma geral, demonstram existir uma relação entre as condições de trabalho vivenciadas pelos trabalhadores e a produção de adoecimentos.

Percebe-se também que a maioria dos estudos nessa área cita patologias como estresse e *burnout* com uma incidência significativa em relação a outras formas de adoecimento psíquico do qual são acometidos. Em alguns casos faz-se uma relação entre a ocorrência do sofrimento psíquico com as condições de trabalho consideradas inadequadas e a precariedade dos vínculos relacionais estabelecidos entre os trabalhadores e os gestores.

Algumas pesquisas utilizam como referencial teórico a psicodinâmica do trabalho focando que a produção de prazer está relacionada à possibilidade do trabalhador gerir o seu processo de trabalho e conseguir ampliar a distância entre a tarefa definida nas normas e protocolos e a atividade real, na qual o trabalhador coloca de si e acaba por se construir nesse processo. Essa relação então é vista como produtora de bem estar psíquica e algo a ser almejado nas instituições de saúde.

Outro foco importante a se destacar é em relação aos trabalhos que buscam compreender os mecanismos de defesa utilizados pelos trabalhadores para lidarem com as

situações adoecedoras das instituições. De forma geral, constata-se que as estratégias coletivas são mais eficazes para garantir o equilíbrio psíquico em comparação com as individuais. Com isso, percebe-se a importância da continuidade de estudos nessa área visando entender a dinâmica de prazer-sofrimento que se estabelece nos processos de trabalho na saúde.

3 TRANSFORMAÇÃO DO SOFRIMENTO EM PRAZER NO TRABALHO: ASPECTOS TEÓRICOS DA PSICODINÂMICA DO TRABALHO

O trabalho está conectado ao ser humano de forma tão próxima que as pessoas tendem a pensá-lo como uma atividade natural, ou seja, aquela concepção do senso comum de que sempre existiu e continuará por muito tempo. Porém, Brecht ([19--], p. 90) incita o leitor a desconfiar das coisas habituais e não aceitá-las como natural:

Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo. E examinai, sobretudo, o que parece habitual. Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito como coisa natural.

A partir dessa indagação do autor, propõe-se um questionamento sobre essa atividade, na procura de entendimento em relação ao que é produzido no ser humano que a realiza.

Ao longo desse capítulo, a proposta é a busca do entendimento sobre o trabalho a partir da definição teórica de Dejours (2012) e, para tanto, o caminho percorrido passa por diferentes concepções dessa ação, incluindo um breve percurso histórico sobre a temática para em seguida adentrar o campo do prazer e sofrimento envolvidos na realização da atividade humana chamada trabalho.

3.1 Sobre o trabalho

Possivelmente, o trabalho se relaciona com a luta pela sobrevivência e não existem consensos sobre a sua origem, podendo ser encontrados referências sobre essa atividade em mitos e histórias sobre a criação dos homens e do mundo.

Tolstói (2001) reconta uma história de indígenas da América do Sul que traz o motivo da origem do trabalho, da morte e da enfermidade. Nesse conto, inicialmente os homens viviam em uma espécie de paraíso, onde não tinham necessidade de providenciar nada para sua sobrevivência. Isso não lhes trazia felicidade e os distanciava uns dos outros. Uma das medidas que Deus utiliza para resolver a situação é criar algumas necessidades, como o frio e a fome, que levam os homens a trabalharem para sua satisfação. Essa medida, porém, não resolve o dilema no conto e as pessoas, a partir desse momento, são entregues a si mesmas pela divindade.

Essa história, apesar de fictícia, se relaciona com a ideia do trabalho ser necessário para a sobrevivência humana, além de ser um mecanismo de regulação da vida em sociedade. Freud (1930) afirma que o homem não é amante do trabalho, mas o faz devido a regulamentos coercitivos que o impelem a essa atividade. Assim, como na história trazida por Tolstói, as

pessoas trabalham por obrigação, mas essa atividade também pode trazer alguns benefícios, por exemplo, promover a integração social.

Dessa forma, o ser humano desde o nascimento é impelido à entrada no mundo profissional. Os pais, ao fantasiarem sobre o futuro de seus filhos, imaginam e até direcionam sua escolha no mercado de trabalho. A escolha profissional marca a passagem do mundo infantil para o mundo adulto, no qual a pessoa deve assumir algumas atribuições para o seguimento da sociedade. De maneira geral, as pessoas esperam ter sucesso financeiro e satisfação pessoal com a atividade realizada. Essas escolhas são marcadas pela busca de valorização social, existindo as profissões com maior *status* financeiro e outras que não possibilitam um grande retorno em capital.

A palavra trabalho é de uso corriqueiro, porém ao se procurar a definição no dicionário, constata-se que existem 28 significados diferentes para o verbete, além de outros tantos vocábulos derivados. Com isso, começa-se a refletir sobre os diferentes entendimentos do conceito, resultando em diferentes aplicações no campo prático.

Conforme o dicionário de Houaiss e Villar (2001), a primeira definição é: “esforço incomum, luta, lida, faina”, o que remete a uma compreensão do trabalho como algo relacionado a um sofrimento ou uma dificuldade a ser superada. Uma atividade que para ser realizada precisa da mobilização de esforços, além dos despendidos para outras ações. Relaciona-se, também, com a ideia de luta, o que pressupõe um conflito a ser resolvido.

A segunda definição: “conjunto de atividades, produtivas ou criativas, que o homem exerce para atingir determinado fim” (HOUAISS; VILLAR, 2001), já se relaciona a uma atividade para produzir algo, com uma característica de criação. Por esse entendimento, o trabalho tem um objetivo a ser atingido, algo a ser produzido através de ações que exigem a criatividade.

Na próxima definição: “atividade profissional regular, remunerada ou assalariada” (HOUAISS; VILLAR, 2001), que se liga ao ganho do capital, o trabalho é entendido como uma atividade para se receber dinheiro. Nessa compreensão, é uma atividade para produção de riqueza, o que vem ao encontro do conceito de Oliveira (2006, p. 5): “trabalho é a atividade desenvolvida pelo homem, sob determinadas formas, para produzir a riqueza”.

A partir do dicionário, verifica-se que o trabalho pode se relacionar ao sofrimento, à criação, ao ganho de capital e, ainda, outras tantas definições que não foram mencionadas nesse texto. Albornoz (2004, p. 8-9) realiza uma comparação do significado da palavra trabalho em línguas diferentes e afirma que o termo sempre tem mais de uma significação na cultura europeia:

[...] O grego tem uma palavra para fabricação e outra para esforço, oposto a ócio; por outro lado, também apresenta pena, que é próxima da fadiga. O latim distingue entre *laborare*, a ação de *labor*, e *operare*, o verbo que corresponde a *opus*, obra. Em francês, é possível reconhecer pelo menos a diferença entre *travailler* e *ouvrer* ou *oeuvrer*, sobrando ainda o conteúdo de *tâche*, tarefa. Assim também *laborare* e *operare* em italiano; e *trabajar* e *obrar* em espanhol. No inglês, salta aos olhos a distinção entre *labour* e *work*, como no alemão, entre *arbeit* e *werk*. *Work*, como *Werk*, contém a ativa criação da obra, que está também em *Schaffen*, criar, enquanto em *labour* e *Arbeit* se acentuam os conteúdos de esforço e cansaço.

Segundo Dejours (2012), Freud ao se referir ao trabalho dito ordinário, ou seja o trabalho de produção, considerava apenas no sentido de “labour” e “arbeit”, que se relacionam ao uso da força, por isso entendia a atividade ligada a um sacrifício e sofrimento físico. Ao contrário do termo “werk” que diz respeito à criação de uma obra e estaria restrita aos “grandes homens” envolvidos nas criações artísticas e literárias.

Assim, algumas línguas fazem a distinção de significado com palavras diferentes, mas no português temos a mesma palavra com distintos significados, como expresso na definição do dicionário. De modo geral, trabalho se relaciona a uma ação, seja carregada de sofrimento, ligada a um processo criativo, para ganhar dinheiro, ou se inserir no processo produtivo da sociedade.

Segundo Albornoz (2004), a palavra trabalho, em português, se origina do latim *tripalium*, que se refere a um instrumento utilizado, antigamente, pelos agricultores para rasgar e esfiapar o trigo, o milho e o linho. Porém, esse instrumento também era utilizado para tortura e o verbo *tripaliare* do latim significa, justamente, torturar.

A origem do vocábulo trabalho significou por muito tempo padecimento e cativeiro. Essa concepção de sofrimento transforma-se ao longo da história e o trabalho passa a significar também esforço, criação, transformação. Segundo Albornoz (2004, p. 11), “todo trabalho supõe tendência para um fim e esforço”. Independente da natureza da atividade, seja física ou intelectual, deve-se ter um objetivo a ser atingido e, para isso, se utilizam os meios disponíveis em cada situação.

Porém, essa luta não é necessidade de todos na sociedade e, em algumas culturas, os trabalhadores são desqualificados na hierarquia social. Migeotte diz que os gregos valorizavam atividades que permitissem ao ser humano cultivar a virtude. Somente a agricultura se enquadrava nesses requisitos devido a possibilitar um contato harmonioso com a natureza. “Aos olhos dos gregos, a necessidade de produzir os bens indispensáveis à vida decorria de uma fatalidade imposta aos mortais” (MIGEOTTE, 2005, p. 25).

Assim, na Grécia Antiga o fato de a pessoa trabalhar já o desqualificava no meio social. Somente os homens que cultivavam o bem viver (como considerado na época) eram

valorizados. Percebe-se uma compreensão do trabalho como uma atividade para quem não tinha possibilidade de realizar outra escolha sobre o seu modo de vida e deveria buscar garantir sua sobrevivência.

O mesmo autor cita ainda a diferenciação nas classes sociais entre as pessoas do povo que deviam trabalhar, chamados de *pénètes*, e os que possuíam riqueza suficiente, os *scholè*, para conseguirem se dedicar a outras atividades mais nobres como o estudo e a participação política. Nessa sociedade “os escravos e as populações dependentes não tenham tido outra função social a não ser fornecer uma mão-de-obra sempre disponível” (MIGEOTTE, 2005, p. 30).

Essa concepção grega está próxima do que Laner (2005) afirma ser a concepção histórica do trabalho no Brasil, produzida pelos colonizadores portugueses, de uma atividade relacionada à negação da liberdade e obrigação dos segmentos inferiores da sociedade. Por muitos anos o trabalho esteve relacionado com a escravidão e por isso o mito do brasileiro como indolente e de não valorizar tal atividade.

Assim, o trabalho tinha uma característica de exploração, de produzir riqueza para outros que se beneficiam desse fato. Após a abolição da escravatura, as condições de trabalho ainda eram consideradas ruins e somente os mestres e contramestres recebiam pagamento pela atividade. Os demais trabalhadores ganhavam somente alimentação, uniforme e um pagamento de bônus no fim do ano (LANER, 2005).

Por esse viés o trabalho é uma atividade para quem não tem outra opção de sobrevivência e funciona como um fator de divisão social entre quem pode comprar mão de obra e quem a vende ou vende a si mesmo no processo. Tal concepção é retomada por Marx (1985) quando escreve sobre a divisão em classes da sociedade, sendo o proletário aquele que vende sua mão de obra para o detentor do capital, a burguesia.

Essa divisão é uma construção histórica e para contextualizar essa questão, torna-se imprescindível a retomada de alguns aspectos para situar essa atividade.

3.2 Uma história do trabalho

Ao longo do processo histórico da humanidade, o trabalho se mostra ligado às diferentes necessidades da sociedade, não somente referente à alimentação e sobrevivência biológica, mas também conectado com os aspectos culturais e religiosos. Segundo Oliveira (2006), a história do trabalho está diretamente relacionada com a busca do ser humano em satisfazer suas necessidades.

Oliveira (2006) afirma que a Pré-História pode ser dividida em quatro pontos: 1. passagem da vida nas cavernas naturais para cabanas construídas; 2. desenvolvimento de conhecimentos que possibilitam a fabricação de instrumentos de pedra lascada e depois polida; 3. passagem da vida individual para a vida comunitária com a prática de atividades coletivas; 4. desenvolvimento do pensamento e da religião.

Em todas as fases, a atividade de trabalho se faz presente de diferentes maneiras. Nas sociedades coletoras o trabalho do homem é complementar à natureza. Somente se colhe e se caça o necessário à subsistência da tribo, sem excedentes nem acumulação. Com a invenção ou descoberta da agricultura já se inicia a manipulação da natureza através do trabalho. Ainda, segundo Albornoz (2004, p. 18), “junto com o trabalho do plantio devem ter surgido ao mesmo tempo a noção de propriedade e o produto excedente, ou seja, o produto não imediatamente consumido”.

Nas comunidades tribais, todo produto do trabalho, seja necessário ou excedente, é considerado de propriedade do grupo. O tempo de lazer era utilizado para a fabricação de instrumentos que possibilitassem maior eficácia na atividade de trabalho. Ao longo do tempo começam a existir formas incipientes de divisão do trabalho, marcadas por relações de hierarquia familiar, que possibilitam lugar de destaque para alguns membros do grupo. Essa situação possibilita, de forma gradativa, a criação da economia de excedentes, que é o marco do fim dessas comunidades (OLIVEIRA, 2006).

O excedente da produção faz surgir a troca de mercadorias: quem produz milho troca seu excedente pelo arroz de outro produtor. Inicialmente os produtores realizavam as trocas entre si, mas com o crescimento da atividade de comércio, as trocas começaram a ser mediadas por trabalhadores específicos para essa ação.

Nesse cenário, com o rompimento do domínio aristocrático, e outras questões políticas, começa a institucionalização do trabalho escravo. Oliveira (2006, p. 30-31) define que “ser escravo significa que um homem é propriedade jurídica de outro homem. Como propriedade, o escravo é obrigado a trabalhar para o seu dono, produzindo riquezas e prestando serviços gerais”.

Na Europa Ocidental, após as invasões bárbaras no império romano, começa o declínio do trabalho escravo devido ao aumento dos preços na compra de pessoas para exercerem essas funções. Ocorre também o crescimento dos latifúndios e o retorno da agricultura como centro da vida econômica. A combinação dos modos de produção escravista e germânico irá convergir no modo de produção feudal, que é considerado a última etapa no processo histórico pré-capitalista (OLIVEIRA, 2006).

O feudalismo se caracteriza por formas de coerção e relações de dominação que “se concretizam primordialmente no campo, onde o produtor direto não é proprietário da terra e trabalha para o senhor sob formas de dependência social e jurídica legitimadas pelo poder político” (OLIVEIRA, 2006, p. 48).

Nos séculos XII e XIII começa o avanço da atividade comercial em alguns portos marítimos da Europa. A proliferação dos comerciantes marca a ascensão de uma nova classe social que se apropria do poder econômico. Nesse contexto acontece a transição do modo de produção feudal para o capitalismo, denominado de mercantilismo.

É assim que em centros disseminados pelo mundo – não só na Europa, mas da China ao Peru – desenvolveu-se uma burguesia: uma comunidade de habitantes de cidades que auferia uma renda das atividades comerciais e desfrutava de um grau de independência maior ou menor dos poderes feudais ou dos senhores de terra e da corte dos reis. Os mais bem-sucedidos entre tais comerciantes empregavam trabalhadores – artesãos, carregadores, marinheiros, artistas, criados domésticos, e aos poucos se estabelece uma hierarquia baseada no dinheiro e um mercado onde os produtos agrícolas podem ser vendidos por dinheiro. (ALBORNOZ, 2004, p.20)

Com o surgimento do comércio, passa a existir a classe burguesa, que ainda hoje é considerada a classe dominante na sociedade capitalista e que faz a diferenciação entre o dono do capital e o vendedor da força de trabalho. O trabalho já não é mais visto apenas como meio para garantir a sobrevivência, mas sim como forma de se produzir as mercadorias. Segundo Marx (1985, p. 45):

A mercadoria é, antes de tudo, um objeto externo, uma coisa, a qual pelas suas propriedades satisfaz necessidades humanas de qualquer espécie. A natureza dessas necessidades, se elas se originam do estômago ou da fantasia, não altera nada na coisa.

Para um produto ser considerado como mercadoria, deve possuir um valor de uso social, ou seja, deve ser útil para outras pessoas além daquela que a produziu. Ainda segundo Marx (1985), a grandeza de valor da mercadoria está relacionada à quantidade de trabalho e tempo necessária para sua produção. Nessa concepção o trabalho deve criar valores de uso à sociedade para ser considerado com efeito útil, caso contrário não conta como trabalho. Assim,

Como criador de valores de uso, como trabalho útil, é o trabalho, por isso, uma condição de existência do homem, independente de todas as formas de sociedade, eterna necessidade natural de mediação do metabolismo entre homem e natureza e, portanto, da vida humana. (MARX, 1985, p. 50).

Para Liedke (1997), a hegemonia burguesa incorporou o trabalho nessa categoria universal e fundadora da sociedade, pois o Ocidente organizou-se através da expansão do mercado capitalista, tendo como princípios a liberdade de mercado, a autodeterminação individual e a racionalidade científica.

Ao falar sobre o capitalismo, Marx afirma que o dinheiro é uma medida de valor do tempo de trabalho gasto para a produção da mercadoria, já que esta nada mais é do que trabalho humano objetivado. Assim, “sendo em si e para si comensuráveis, elas podem medir seus valores, em comum, na mesma mercadoria específica e com isso transformar esta última em sua medida comum de valor, ou seja, em dinheiro” (MARX, 1985, p. 87).

O dinheiro, visto como a primeira forma do capital, tem seu valor medido pelo trabalho, ou seja, o capitalista para conseguir seu objetivo, acúmulo de capital, de dinheiro, deve comprar o tempo de trabalho de outras pessoas visando a produção da mercadoria. Nessa situação, as pessoas vendem sua força de trabalho de forma a transformá-la em uma mercadoria a ser comprada pelo dono do capital.

O trabalhador vende sua força de trabalho como uma mercadoria, mas não pode se vender no processo, visto que isso seria a escravidão. O trabalho é compreendido como intrínseco ao humano, pois mesmo que uma máquina possa produzir a mercadoria, ainda existe a necessidade de uma pessoa para pensar o processo de produção.

Segundo Marx (1985, p. 149-150):

Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e a abelha envergonha mais de um arquiteto humano com a construção dos favos de suas colmeias. Mas o que distingue, de antemão, o pior arquiteto da melhor abelha é que ele construiu o favo em sua cabeça, antes de construí-lo em cera. No fim do processo de trabalho obtém-se um resultado que já no início deste existiu na imaginação do trabalhador e, portanto, idealmente. Ele não apenas efetua uma transformação da forma da matéria natural; realiza, ao mesmo tempo, na matéria natural seu objetivo, que ele sabe que determina, como lei, a espécie e o modo de sua atividade e ao qual tem de subordinar sua vontade. E essa subordinação não é um ato isolado. Além do esforço dos órgãos que trabalham, é exigida a vontade orientada a um fim, que se manifesta como atenção durante todo o tempo de trabalho, e isso tanto mais quanto menos esse trabalho, pelo próprio conteúdo e pela espécie e modo de sua execução, atrai o trabalhador, portanto, quanto menos ele o aproveita como jogo de suas próprias forças físicas e espirituais.

Observa-se que o homem se diferencia dos animais pela sua capacidade cognitiva de pensar no produto final antes da execução. O ser humano pensa e planeja a sua atividade. Segundo Braverman (1981, p.53), “o trabalho que ultrapassa a mera atividade instintiva é assim a força que criou a espécie humana e a força pela qual a humanidade criou o mundo como o conhecemos”.

Observa-se que a história do trabalho é permeada pela busca da sobrevivência e também do bem estar do sujeito, pois é necessário o envolvimento cognitivo e emocional na tarefa para a pessoa sentir-se atraída pela atividade. Dessa forma, entende-se que a atividade de trabalho tem que significar algo além da necessidade de sobrevivência e produzir autonomia para o sujeito que a executa (ARENDT, 2007).

Assim, na sociedade capitalista, o trabalho, para ser considerado como tal, deve estar relacionado à produtividade de mercadorias necessárias para a manutenção social. Arendt (2007), a partir dessa definição, afirma a diferença entre trabalho e labor. O labor seria o trabalho improdutivo e relaciona-se às necessidades do corpo ou a reprodução da própria vida, enquanto o trabalho produtivo é a construção do mundo social.

Para a autora em questão,

[...] as coisas do mundo, entre as quais transcorre a *vita activa*, são de natureza muito diferentes e produzidas por tipos muito diferentes de atividades. Vistos como parte do mundo, os produtos do trabalho – e não os produtos do labor – garantem a permanência e a durabilidade sem as quais o mundo simplesmente não seria possível (ARENDT, 2007, p. 105).

Apesar de serem diferentes conceitualmente, essas duas atividades se relacionam e, conforme Arendt (2007), a era moderna não distingue claramente essa diferença entre o labor do corpo (*animal laborans*) e o trabalho das mãos (*homo faber*). Portanto, no modo de produção capitalista, o labor é entendido como a força de trabalho que o trabalhador vende ao dono do capital para realizar a atividade de trabalho visando a produção da mercadoria.

Também para Dejours, não se pode realizar a separação entre o labor do corpo e o trabalho cognitivo, pois toda atividade implica o engajamento do ser de forma integral. “O corpo como um todo, e não apenas o cérebro, é o fundamento da inteligência e da habilidade no trabalho” (DEJOURS, 2012, p. 27). Nesse entendimento, todos os ofícios têm o potencial de criação da vida e não somente de produção de mercadoria, visto que o processo de produção passa pelos aspectos subjetivos imanentes à vida do ser humano.

Na era moderna o trabalho é central para a sobrevivência humana e é representado como uma atividade essencial para dar significado à inserção das pessoas no meio social. Com o advento do capitalismo flexível, o cenário do trabalho se modifica através de novas formas de organização dos processos de trabalho, assim como diferentes contratos para compra desta força.

Para Dejours, o trabalho não está relacionado de forma principal a salário e vínculos empregatícios, mas ao ato em si do trabalhar e tudo que o envolve. Assim,

[...] a partir do olhar clínico, o trabalho é o que implica, de uma perspectiva humana, o fato de trabalhar: os gestos, os saber-fazer, o engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir a diferentes situações, é o poder de sentir, de pensar, de inventar etc (DEJOURS, 2012, p. 24).

Nessa perspectiva, a subjetividade está inserida no ato de trabalho de forma direta, pois o trabalho é também a vida psíquica. Esse entendimento já faz parte do cenário das novas formas de gestão do trabalho na era moderna, pois se constata a necessidade de capturar algo mais do trabalhador além da sua força de trabalho.

Segundo Sato (2010), o cenário atual é marcado por palavras como comprometimento, jornada flexível, *empowerment*, globalização e outras que visam instaurar formas de controle nas quais se captura a subjetividade do trabalho e não somente a força física ou intelectual do corpo para execução da atividade. O trabalhador é chamado a assumir responsabilidades sobre as ações que exercem no local de trabalho, o que, aparentemente, relaciona-se com a produção de autonomia e corresponsabilidade entre todos os envolvidos, mas que também pode significar a culpabilização dos trabalhadores pelos erros cometidos pela instituição.

Esse sistema enfatiza a necessidade de o trabalhador ser ágil, aberto a mudanças e com capacidade de assumir riscos. De forma geral perde-se a estabilidade na carreira, que era uma característica marcante do sistema anterior no capitalismo. Sennett (2009) afirma que essa flexibilidade tem impacto direto sobre o caráter pessoal⁶ e está focada mais na força que dobra as pessoas do que no retorno a forma original.

A partir desse ponto de vista, compreende-se que as mudanças do capitalismo na era moderna, ao invés de libertarem os trabalhadores, buscam criar novas formas de controle tão sutis que as pessoas ao serem submetidas a estas estratégias, além de não perceberem sua própria submissão, ainda colaboram na repressão.

Pondo a coisa em termos mais formais, o poder está presente nas cenas superficiais de trabalho de equipe, mas a autoridade está ausente. Figura de autoridade é alguém que assume responsabilidade pelo poder que usa. Numa hierarquia de trabalho do velho estilo, o chefe pode fazer isso abertamente declarando: "Eu tenho o poder, sei o que é melhor, me obedeçam." As modernas técnicas de administração buscam fugir do aspecto "autoritário" de tais declarações, mas fazendo isso os administradores conseguem escapar também de ser responsáveis por seus atos (SENNETT, 2009, p. 136).

Percebe-se que o trabalho em equipe é um dos motes da organização do trabalho na era moderna. Porém, a grupalidade não chega a se fortalecer como um coletivo potente. Segundo Sennett (2009), existe apenas um compartilhamento superficial. Nessa situação, as pessoas ficam juntas mas evitam questões difíceis e o trabalho em equipe pode ser visto como um traço de conformismo do grupo.

Observa-se que o ser humano vivencia um sentimento de utilidade social quando está inserido no mercado de trabalho. Segundo Liedke (1997), por essa concepção, associa-se a noção de trabalho ao conceito de emprego como uma forma institucional. Uma função a ser desempenhada para a produção de mercadorias, mas com esse diferencial de ser um fator de desenvolvimento do indivíduo e reconhecimento de sua inserção social. Existe, também, o

⁶ Sennett (2009, p. 10) define caráter como "os traços pessoais a que damos valor em nós mesmos, e pelos quais buscamos que os outros nos valorizem".

aspecto negativo dessa inserção, quando o trabalhador não consegue perceber um sentido ou visualizar o produto de seu trabalho.

3.3 O trabalho como fonte de prazer e sofrimento

Quando se pensa no campo do trabalho na Psicologia, é imprescindível marcar a importância da Psicodinâmica do Trabalho de Christophe Dejours, principalmente no Brasil, onde o livro “A loucura do trabalho” foi o marco para disparar as pesquisas nessa área. O autor passou dos estudos da psicopatologia do trabalho, com foco na análise e tratamento das doenças mentais, e criou uma nova disciplina, a Psicodinâmica do Trabalho, que propõe como objeto a normalidade, tendo como foco não apenas o sofrimento, mas a dinâmica psíquica envolvida na atividade laboral (DEJOURS, 2011c).

Para Dejours (2012), o sofrimento é algo intrínseco à atividade de trabalho e a partir da luta contra as adversidades constata-se o potencial de transformação do indivíduo e do coletivo envolvido. A luta é sempre pela emancipação que está diretamente relacionada à saúde mental, entendida como um ideal, partindo daí o entendimento do autor sobre a normalidade:

A “normalidade”, no entanto, seria mais acessível se considerada como um compromisso aceitável de convivência com os sofrimentos e as doenças, compromisso que, no entanto, só poderia ser firmado e mantido por uma luta incessante; luta que não pode ser empreendida sem sustentar-se em uma concepção de combate pela emancipação (DEJOURS, 2011a, p. 411).

Assim, a busca pela normalidade no trabalho resultaria da luta incessante contra os constrangimentos, humilhações e violências impostas pela organização do trabalho no desenvolvimento da atividade. O sofrimento está sempre presente, mas quando alcança níveis intolerados pelo sujeito pode produzir adoecimentos, o que representaria o fracasso na luta, enquanto a saúde significaria a manutenção desse equilíbrio, e o prazer são as pequenas vitórias alcançadas que levam a emancipação.

Yves Clot (2007), expoente da Clínica da Atividade, afirma a função psicológica do trabalho com uma dupla significação: trabalho sobre si e trabalho no mundo dos outros e das coisas. Destaca também o risco do trabalho ser fonte de sofrimento. Entende o trabalho como formador tanto da subjetividade individual como do mundo social.

Schwartz (2011, p. 20) sintetiza essas ideias sobre a dimensão conceitual do trabalho, para ele:

[...] assumir a ideia de que o trabalho é uma realidade enigmática, e que uma definição clara do trabalho será sempre um problema. [...] Compreender por que ele

não é um parâmetro, como outro qualquer, do processo histórico, mas é a própria base do que ‘faz a história’ para os homens.

Por essa afirmação, entende-se a problemática de se buscar uma definição única para o conceito. Não basta apenas citar as diferentes concepções ao longo da história, mas é necessário pensar o trabalho como fator que movimenta o processo histórico. Talvez se possa retornar à concepção do senso comum do trabalho visto como algo imposto como condição imprescindível para a sobrevivência do homem.

Ainda segundo Schwartz, Duc e Durrive (2010a, p. 36):

[...] para compreender o trabalho, os saberes disciplinares são necessários, mas é com aqueles que trabalham que se validará conjuntamente o que se pode dizer da situação que eles vivem. [...] Estes conceitos me oferecem elementos de abordagem, mas é preciso que, de minha parte eu dê esses conceitos, essas competências disciplinares que descrevem situações, como alimento – se é que posso dizer assim – às pessoas que os vivem, pare que em conjunto se possa testar o grau relativo de validade, de pertinência deles.

Dessa forma, entende-se que cada atividade de trabalho tem a sua singularidade e, para entendê-la, é imprescindível ouvir as pessoas envolvidas na situação. Os conceitos são balizadores do olhar do pesquisador, mas devem ser validados com os atores envolvidos no processo. O trabalhador jamais fará exatamente aquilo que lhe manda fazer e nem exatamente o que ele prevê fazer (DURAFFOURG; DUC; DURRIVE, 2010).

Entendendo o trabalho como o ato de trabalhar que é singular a cada indivíduo e aos coletivos envolvidos nos ofícios, percebe-se que a busca pelo significado passa pelo envolvimento com os atores e autores da atividade. O pesquisador pode se balizar nos referenciais teóricos mas não é possível atingir um entendimento sem a contribuição dos sujeitos pesquisados.

Toda atividade de trabalho é um debate de normas entre o protocolo prescrito pelas instâncias superiores na hierarquia da instituição e a execução da ação pelos trabalhadores que, nesse momento, sempre modificam algo do que foi prescrito na execução do trabalho real. Segundo Clot (2007, p. 133), “o real da atividade ultrapassa não somente a tarefa prescrita mas também a própria atividade realizada”.

Para Dejours (2012, p. 25),

O real se deixa conhecer pelo sujeito por sua resistência aos procedimentos, aos saber-fazer, à técnica, ao conhecimento, isto é, pelo fracasso imposto ao domínio sobre ele – o real. O mundo real resiste. Ele confronta o sujeito levando-o ao fracasso, provocando a manifestação de um sentimento de impotência, ou de irritação, de raiva ou ainda de decepção ou de desamparo. O real se deixa conhecer pelo sujeito sob o efeito de surpresa desagradável, ou seja, de um modo *afetivo*. É sempre afetivamente que o real do mundo manifesta-se para o sujeito.

Dessa forma o sujeito envolve-se afetivamente com a sua atividade, sendo esse afeto relacionado ao sofrimento como ponto de chegada no movimento do trabalhar. Porém, esse ponto não é o final mas o início do processo de transformação da subjetividade.

Assim, a atividade é um dos meios para o ser humano desenvolver suas potencialidades, apossar-se da realidade e transformá-la de acordo com suas necessidades. (BARFKNECHT et al, 2004). Percebe-se uma conexão do trabalho com um poder de transformação, tanto da própria atividade quanto da pessoa que a executa.

Nesse sentido, utilizou-se nessa pesquisa a definição de trabalho proposta por Dejours (2011b, p. 366): “Trabalho é a atividade manifestada por homens e mulheres para realizar o que ainda não está prescrito pela organização do trabalho”.

Essa atividade nunca é pura execução, pois o sujeito sempre deverá incluir algo de si além do que está previsto pelas normas da organização do trabalho, e é justamente essa inclusão que diferencia o trabalho como uma atividade humana já que o integra à sociedade.

Dessa forma, o trabalho mostra-se como essencial para a vida, é uma ação que está diretamente relacionada com a conexão homem/natureza/semelhante, pois uma atividade só se transforma em trabalho quando se converte em produto para o outro, esse outro entendido como qualquer outra pessoa (CODO, 2010).

Clot (2007, p. 69), compreende o trabalho como:

[...] um dos gêneros principais da vida social em seu conjunto, um gênero de situação do qual uma sociedade dificilmente pode abstrair-se sem comprometer sua perenidade; e da qual uma sociedade dificilmente pode afastar-se sem perder o sentimento de utilidade social a ele vinculado, sentimento vital de contribuir para essa perenidade, em nível pessoal.

O autor inaugura um novo olhar da Psicologia sobre o trabalho, a partir da Clínica da Atividade. Nessa pesquisa tomamos como base sua definição, quando afirma a função psicológica do trabalho como uma atividade que possibilita o desenvolvimento psíquico do ser humano. Assim, o sujeito transforma a si mesmo quando realiza seu ofício, e isso está diretamente relacionado com a produção de saúde ou prazer e sofrimento.

Na força de trabalho do ser humano está incorporado todo o potencial de criação daquela pessoa, e não é possível realizar a separação entre sua história de vida e a execução da atividade. Braverman (1981, p. 58) afirma que o capitalista ao comprar a força de trabalho, na verdade:

O que ele compra é infinito em *potencial*, mas limitado em sua *concretização* pelo estado subjetivo dos trabalhadores, por sua história passada, por suas condições sociais gerais sob as quais trabalham, assim como pelas condições próprias da empresa e condições técnicas do seu trabalho. O trabalho realmente executado será afetado por esses e muitos outros fatores, inclusive a organização do processo e as formas de supervisão dele, no caso de existirem.

Assim, o trabalho ocupa um espaço na história subjetiva que extrapola a carga horária da atividade em si e se estende para todos os campos de atuação do indivíduo, visto que não existe a separação entre trabalho e vida individual, já que tal atividade é promotora da identidade do sujeito e, portanto, uma dimensão importante na constituição da subjetividade do trabalhador.

O espaço de trabalho é construído de forma participativa pelos atores que estão em cena, tendo em consideração que toda atividade pressupõe regras anteriores, mas também permanentes negociações e debates de normas para sua realização. É necessário que o trabalhador possa gerir as variabilidades que o meio apresenta. Todos que trabalham seguindo as normas coletivas imprimem sua marca subjetiva na medida em que vão atuando (SANTOS-FILHO, 2011).

Nessa busca de entender a influência do trabalho sobre os aspectos psíquicos do ser humano, é necessário também entender o impacto da atividade sobre a saúde mental dos trabalhadores. Segundo Seligmann-Silva (2011, p. 35), “o trabalho, conforme a situação, tanto poderá fortalecer a saúde mental quanto vulnerabilizá-la e mesmo gerar *distúrbios* que se expressarão *coletivamente* e no plano individual”.

Para Dejours (1994) o labor é prazeroso quando possibilita a descarga da energia psíquica acumulada. Essa liberação diminui a carga mental pertinente à atividade, e isso está relacionado à autonomia dos trabalhadores na organização de seus processos de trabalho.

Quando o rearranjo da organização do trabalho não é mais possível, quando a relação do trabalhador com a organização do trabalho é bloqueada, o sofrimento começa: a energia pulsional que não acha descarga no exercício do trabalho se acumula no aparelho psíquico, ocasionando um sentimento de desprazer e tensão (DEJOURS, 1994, p. 29).

Dejours (2006) questiona se a normalidade é possível dentro dos ambientes de trabalho frente a tantas situações que produzem sofrimento, como a pressão para cumprir as metas, a falta de reconhecimento do saber do trabalhador, as dificuldades nas interações sociais e o trabalho em condições precárias de realização. O autor conclui que, o normal não se relaciona com a ausência do sofrimento, mas sim, com o resultado da luta contra as dificuldades no ambiente de trabalho. Essa batalha pode ser tanto individual como coletiva.

Essa concepção de prazer e sofrimento no trabalho será norteadora dessa pesquisa, utilizando-se como base teórica a Psicodinâmica do Trabalho, além das concepções de outras teorias vinculadas às Clínicas do Trabalho, como a Ergonomia, principalmente na vertente dos autores franceses cujo objetivo é a análise do trabalho visando: “trazer uma descrição da

atividade de trabalho, um olhar, sobre a situação de trabalho, que põe em relação a atividade, a produção e a saúde” (GUÉRIN et al, 2001, p. 68).

Segundo Wisner (1987, p. 12), “além das considerações técnicas e ergonômicas, é preciso considerar os dados sociológicos e psicossociológicos que se traduzem no conteúdo e na organização geral da atividade de trabalho (divisão do trabalho, divisão das tarefas etc.)”. A Ergonomia não considera apenas as ferramentas, máquinas e dispositivos que possam ser utilizados na execução do trabalho, mas sim todos os fatores que possam influenciar na atividade em si. Entende-se que as situações adoecedoras no ambiente de trabalho são produto, principalmente, de aspectos da organização social e, nessa compreensão, focar os problemas de saúde mental apenas em um nível individual ou técnico é ilusório (WISNER, 1994).

Partindo da Ergonomia, também serão utilizados conceitos da Ergologia que “conforma o projeto de melhor conhecer e, sobretudo, de melhor intervir sobre as situações de trabalho, para transformá-las” (SCHWARTZ; DUC; DURRIVE, 2010a, p. 25). A perspectiva ergológica entende que:

[...] cada ser humano – e principalmente cada ser humano no trabalho – tenta mais ou menos (e sua tentativa nem sempre é bem sucedida) recompor, em parte, o meio de trabalho em função do que ele é, do que ele desejaria que fosse o universo que o circunda. Ora, mais ou menos! Esta recomposição pode ser mínima ou mais significativa – e isso é algo muito positivo! (SCHWARTZ; DUC; DURRIVE, 2010a, p. 31).

Essa recomposição, quando acontece, está associada ao sentimento de prazer e de saúde no trabalho. Relacionada a essa conexão de prazer e desprazer, o trabalho exerce forte influência sobre a saúde já que muitas alterações físicas e psíquicas estão relacionadas com a forma como se reage aos eventos do trabalho. Dessa forma, as condições de trabalho refletem valores e regras sociais e as doenças dos trabalhadores relacionam-se com diversas variáveis pessoais e institucionais (TEIXEIRA; MANTOVANI, 2009).

Pode-se dizer que o trabalho é uma atividade intrinsecamente relacionada com a convivência social do homem e, nessa situação, o ser humano pode experimentar tanto o sentimento de prazer como o sofrimento pelas condições que vivenciam em cada local. Essas condições estão relacionadas com diferentes fatores, de acordo com a especificidade subjetiva de cada um ou do coletivo de trabalho.

Essa vivência de prazer e sofrimento acontece de forma dinâmica, pois a vida se relaciona com essas duas dimensões. Canguilhem (1995) afirma que o patológico não é anormal, visto que faz parte das funções normais do organismo, a luta e o estabelecimento de defesas contra a doença. Assim, o trabalho, entendido como parte da vida, também se

encontra nessa dinâmica de luta contra o sofrimento que é a normalidade, podendo produzir saúde, possibilitando também a vivência de prazer ou produzir sofrimento, que quando atinge um nível insuportável ao organismo pode levar a processo de adoecimento físico e mental.

Por esse entendimento,

[...] há qualquer coisa que não é viver se nos assujeitamos às normas de um meio, se somos uma espécie de marionete num meio do qual sofremos as consequências. Isso não é viver! É “ser” para um corpo puramente material, talvez, mas não é viver para um ser vivente (SCHWARTZ; DUC; DURRIVE, 2010b, p. 97).

Nesse sentido, saúde é compreendida como um poder de agir sobre a vida. A partir disso, Clot (2010) afirma que o trabalho exerce a função psicológica no sujeito quando abre espaço para a luta contra a adversidade. Nessa dinâmica a pessoa constrói a si mesma e modifica a própria atividade.

Estabelecer uma relação de saúde com o meio é tentar fazer prevalecer o que é fundamental para a pessoa, seus valores pessoais, além das técnicas do trabalho. Dessa forma, o trabalhador se liberta da submissão e desneutraliza a técnica, pois coloca um pouco de si mesmo naquela atividade e isso é benéfico para sua saúde psíquica (SCHWARTZ; DUC; DURRIVE, 2010b).

Dejours utiliza o termo de luta pela emancipação ao dizer do processo de saúde mental no trabalho. “Assim, um sujeito é compelido a realizar um trabalho sobre si próprio sempre orientado rumo ao desenvolvimento, o qual conota imediatamente a dimensão da saúde: desenvolver-se ou adoecer” (DEJOURS, 2011a, p. 416).

A Psicodinâmica do Trabalho entende que o prazer é atingido quando o sujeito consegue realizar a sublimação⁷, pois o trabalho é entendido como “o mediador privilegiado entre inconsciente e subjetividade, de um lado, esfera social e política, de outro” (DEJOURS, 2011f, p. 222). Assim, a dimensão de saúde mental no trabalho é a busca pela realização de si mesmo e o reconhecimento de sua contribuição social para o mundo. Para Dejours (2012, p. 34):

O trabalho é sempre uma provação para a subjetividade, da qual esta sai sempre ampliada, engrandecida ou, ao contrário, reduzida, mortificada. Trabalhar constitui, para a subjetividade, uma provação que a transforma. Trabalhar não é apenas produzir, mas ainda transformar-se a si próprio e, no melhor dos casos, é uma ocasião oferecida à subjetividade de provar-se a si mesma, de realizar-se.

O trabalho ocupa, então, um lugar central para a saúde mental do ser humano. Em seu aspecto positivo possibilita a auto realização, ou, ao contrário pode reduzir e alienar o sujeito

⁷ Segundo Dejours (2011f, p. 241): “A sublimação supõe uma renúncia à meta sexual inicial da pulsão, assim, trata-se de uma dessexualização da pulsão e de sua substituição por uma atividade socialmente útil, que toma o lugar da meta primeira da pulsão”.

de sua própria condição subjetiva. Essa busca por compreender as consequências do trabalho para a saúde mental do trabalhador tem algum tempo de história e mostra-se como um importante campo para a Psicologia se debruçar, visando compreender a produção subjetiva dessa atividade humana.

3.4 Prazer e sofrimento: a busca pelo reconhecimento do trabalho

Segundo Dejours (2011g), há duas esferas na vida que possibilitam a realização de si mesmo para o indivíduo: o campo erótico ou sexual que passa pelo amor e o campo social que passa pelo trabalho e pelo reconhecimento do outro. Poucas pessoas conseguem atingir a realização no campo do amor, portanto é essencialmente no trabalho que o ser humano alcança a estabilização e o crescimento de sua identidade e isso possibilita escapar do risco de alienação e de doença mental.

O “trabalho vivo” é essa dimensão do trabalhar relacionada com o engajamento subjetivo na atividade. Isto se dá pela formação de habilidades individuais e/ou competências coletivas que são criadas pelos próprios trabalhadores para dar conta da distância entre o que é prescrito (a tarefa) pela organização do trabalho e o que efetivamente é realizado (a atividade) (DEJOURS, 2012).

Para Dejours (2012, p. 28): “Ao tornar-me mais hábil em meu trabalho, transformo-me a mim, enriqueço-me, talvez consiga mesmo realizar-me”. Assim, essa habilidade técnica é o envolvimento do corpo no trabalho, ou seja, o envolvimento integral do indivíduo com a sua atividade. O autor, embasado nos gregos, designa essa inteligência do corpo como *métis* ou inteligência astuciosa.

Devido ao fato de ser uma inteligência do corpo, a *métis* não pode ser avaliada quantitativa e objetivamente já que o trabalhador utiliza dessa habilidade sem perceber de forma consciente. Além de essa inteligência estar relacionada também com a distância em relação ao prescrito e, portanto, condenada à discrição.

Assim, “[...] ser inteligente no trabalho é estar sempre distante em relação aos procedimentos e às prescrições. Trabalhar bem implica infringir as recomendações, os regulamentos, os procedimentos, os códigos, os termos de referência, a organização prescrita” (DEJOURS, 2012, p. 32).

A atividade de trabalho está sempre em transformação e exige a coordenação de todas as inteligências individuais envolvidas no processo, visto que o trabalho não é realizado apenas por uma pessoa, mas envolve um coletivo de trabalhadores e cada um contribui de sua

maneira e todos juntos estabelecem as regras do trabalho. Assim, trabalhar é também viver junto e necessita de uma renúncia de alguns aspectos individuais em prol da coletividade (DEJOURS, 2012).

Por isso que o trabalho é complexo, pois envolve questões subjetivas, coletivas e sociais e todo o entrelaçamento possível dessas partes. A cooperação com a organização do trabalho supõe a renúncia de aspectos da própria subjetividade e isso por si só já é um fator de sofrimento. Alguns trabalhadores podem também se recusar a cooperar o que intensifica o sofrimento, pois causa conflitos do indivíduo consigo mesmo e com o grupo de trabalho. A renúncia da cooperação pode levar ao individualismo o que coloca em xeque o próprio coletivo, assim como a organização do trabalho.

Para que haja essa cooperação dos trabalhadores, ou seja, para que renunciem a aspectos de sua própria subjetividade em prol da produção, é necessária a existência de uma retribuição. Segundo Dejours (2012), esse retorno não é apenas o salário, que seria a retribuição material, mas toma a forma do reconhecimento, que é uma retribuição simbólica ou moral.

O reconhecimento não é direcionado à pessoa, mas sim ao trabalho realizado e deve ser entendido em dois sentidos. O primeiro diz respeito à constatação da contribuição do trabalhador na organização do trabalho, ou seja, reconhecer as falhas na prescrição da tarefa e a contribuição indispensável do trabalhador para a execução da atividade. O segundo sentido é a gratidão por essa contribuição dos trabalhadores (DEJOURS, 2011e).

Para o reconhecimento ser eficiente deve ainda passar por dois tipos de julgamentos, o de utilidade e o de beleza. O julgamento de utilidade é formulado pelos superiores hierárquicos e decide sobre a utilidade social, econômica ou técnica do trabalho realizado pelo sujeito. O julgamento de beleza ou estético é realizado pelos próprios pares e afirma o pertencimento do sujeito no ofício, diz respeito às qualidades do trabalho, tanto no que o inclui no coletivo como no que o diferencia garantindo a originalidade da sua atividade. (DEJOURS, 2011e).

Assim, “[...] quando o jogo do reconhecimento torna-se possível, o sofrimento ganha um sentido em relação à conquista da identidade, podendo ser convertido em prazer, modificado para o que viria a ser o centro de gravidade da saúde mental [...]” (DEJOURS, 2011b, p. 376).

A outra possibilidade é que o trabalho seja causa de sofrimento. Conforme Dejours (2011h, p. 383), existem três fontes principais de sofrimento no trabalho: 1. O entrave ao exercício da inteligência criadora; 2. A recusa generalizada da utilização necessária dessa

inteligência; 3. O não reconhecimento dos esforços e do custo para os trabalhadores do exercício dessa inteligência.

A forma proposta por Dejours como saída da esfera do sofrimento é a sublimação, porém nem sempre é possível ao indivíduo utilizar desse método. Assim, quando a sublimação não é possível, os trabalhadores buscam amenizar o sofrimento através das estratégias de defesa, tanto individuais como coletivas, para conseguirem lidar com os efeitos constrangedores do trabalho nessa luta pela emancipação.

Porém, as estratégias de defesa nem sempre são eficazes e podem servir apenas para mascarar o sofrimento, visto que são uma recusa na percepção do que faz sofrer. Para Dejours (2011i, p. 479), “elas têm por princípio o estreitamento, a anestesia da capacidade de pensar com vistas a salvaguardar o equilíbrio psíquico, e o equilíbrio da vida física também.”

Segundo Moraes (2013) as estratégias defensivas são ambivalentes pois protegem a saúde psíquica mas não promovem mudanças na organização do trabalho. Assim, agem de forma a alienar o sujeito da condição que o faz sofrer.

Constata-se, então, outra possibilidade de manutenção da saúde psíquica através das estratégias de enfrentamento que atuam na modificação da organização do trabalho. Essas estratégias agem na subversão do trabalho prescrito, portanto envolvem a inteligência prática dos trabalhadores na resistência ao real que os faz sofrer (MORAES, 2013).

As estratégias de enfrentamento englobam os fatores que possibilitam a mobilização subjetiva do trabalhador na atividade e, com isso, proporcionam a dinâmica da satisfação. Estão incluídos nesse rol: a inteligência prática que é a possibilidade de expressão de si na atividade; a cooperação que possibilita o fortalecimento do coletivo de trabalhadores; e o reconhecimento do trabalho realizado, tanto pelos próprios pares, como pela hierarquia da instituição.

Nesse sentido, constata-se a importância de estudos que possibilitem desvendar a produção subjetiva das diferentes organizações de trabalho e como os trabalhadores se organizam nessa luta contra o sofrimento e pela libertação.

4 MÉTODO: O PERCURSO DENTRO DO HOSPITAL

Tendo em vista que o caminho da Ciência é a produção do conhecimento, entende-se o método como a forma de caminhar no procedimento de construção do campo científico. Nessa área o processo é tão importante quanto o objetivo final, pois é o diferencial para a sua inclusão ou exclusão dentro dos limites do saber científico.

Ainda assim, considera-se a existência de outras áreas vinculadas à produção de conhecimento e, por isso, se faz necessária a existência de características que as diferenciem, sendo o modo de caminhar, o método, algo essencial. Minayo (2010, p. 35-36) afirma que a Ciência é a forma hegemônica de construção do conhecimento na sociedade ocidental, devido, principalmente, a dois fatores: “seu poder de dar respostas técnicas e tecnológicas aos problemas postos pelo desenvolvimento social e humano” e o fato de “os cientistas terem sido capazes de estabelecer uma linguagem universal”.

Para o avanço da Ciência, teoria e metodologia devem caminhar juntas e vinculadas, pois o conjunto de técnicas que constitui o instrumental necessário para a aplicação da teoria é entendido como elemento fundamental para a coerência metódica e sistemática da investigação. (MINAYO, 2010).

Assim, para um saber ser considerado científico, é preciso a existência de regras e padrões que permitam diferenciar o que é construído dentro e fora de seus limites teóricos e metodológicos. Porém, existem distintas abordagens que possibilitam a construção de modos de caminhar variados e, dentro dos muros da cientificidade, existem formas diferentes de se produzir conhecimentos e que não podem ser vistas como divergentes, mas sim complementares.

Portanto, na hora de se realizar uma pesquisa é necessário fazer escolhas sobre o modo de caminhar, que deve ter como norte o objetivo a que se propõe o pesquisador. Segundo Minayo (2010), o método tem a função de, a partir das perguntas realizadas, abordar a realidade de forma viável. Sendo assim, e considerando o objetivo desta pesquisa de apreender o significado do trabalho na saúde, optou-se pela escolha do método qualitativo.

Para dar conta desse construto teórico, a abordagem qualitativa mostrou-se como preferencial, pois surge como uma forma de resistência ao conceito de neutralidade da ciência positivista, e coloca em xeque a distância sujeito-objeto, já que situa o investigador como o instrumento principal do ato de pesquisar com o interesse focado nos processos e não nos resultados ou produtos. O objetivo dos pesquisadores qualitativos é compreender melhor o comportamento e a experiência dos humanos, além de tentar abranger o processo mediante o

qual os significados são construídos e descrever em que consistem estes mesmos significados. (BOGDAN; BIKLEN, 1994).

4.1 Abordagem qualitativa: a escolha do modo de caminhar

A pesquisa qualitativa possui uma identidade própria e, dentro da mesma abordagem, existem formas diferentes de caminhar, mas, geralmente, têm em comum o fato de buscarem “entender, descrever e, às vezes, explicar os fenômenos sociais” (FLICK, 2009, p. 8). Segundo Flick (2009, p. 8), essa abordagem busca “esmiuçar a forma como as pessoas constroem o mundo à sua volta, o que estão fazendo ou o que está lhes acontecendo em termos que tenham sentido e que ofereçam uma visão rica”.

Turato (2005, p. 509) exemplifica essa questão ao dizer que:

[...] o pesquisador qualitativista não quer explicar as ocorrências com as pessoas, individual ou coletivamente, listando e mensurando seus comportamentos ou correlacionando quantitativamente eventos de suas vidas. Porém, ele pretende conhecer a fundo suas vivências, e que representações essas pessoas têm dessas experiências de vida.

Segundo Minayo (2010, p. 57), “as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigação de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores [...]”. Assim, considerando que, nessa pesquisa, busca-se compreender o significado do trabalho na saúde, observou-se que a abordagem citada possibilita atingir o proposto, visto que se focalizou nos profissionais de enfermagem para compreender o significado que atribuem ao trabalho.

Na área da saúde, a pesquisa qualitativa está ligada ao modo de trabalho das Ciências Sociais, já que por muito tempo a saúde esteve atrelada ao campo da biomedicina, no qual predomina a abordagem quantitativa por sua ligação ao pensamento positivista. Segundo Turato (2005, p. 509), com a metodologia qualitativa na saúde “não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas”.

A entrada da abordagem qualitativa marca o reconhecimento da influência de aspectos subjetivos na realidade social. Esse reconhecimento é também um desafio intrínseco ao método, pois os aspectos subjetivos do pesquisador são variáveis que influenciam o próprio processo da pesquisa, já que o sujeito da pesquisa (ser humano) é da mesma natureza que o cientista. Assim, o campo qualitativo possui alguns desafios a superar e sobre os quais se baseiam as críticas a esse método:

[...] há muitas investigações mal-elaboradas e interpretações simplistas; há evidentes descuidos nas fundamentações teórico-metodológicas de vários trabalhos; persiste a

antiga confusão entre as opiniões dos sujeitos e a lógica interna de suas representações; muitos pesquisadores professam um empirismo arraigado que os leva a considerar como ciência a própria descrição dos fatos fornecidos pelos atores sociais, tomando a versão das pessoas sobre os fatos como a própria verdade; alguns promovem um envolvimento prejudicial ao processo investigativo com os valores, emoções e visão de mundo na análise da realidade, dentre outros. (MINAYO, 2010, p. 61).

As críticas são consideradas como cuidados a serem tomados na elaboração da pesquisa visando à construção de conhecimento que proporcionem a ampliação do construto científico no campo da saúde do trabalhador. Para tanto, considera-se importante o reconhecimento das implicações do pesquisador com o objeto estudado, pois parte-se do pressuposto da não existência da neutralidade científica. No caso em questão, o fato de o pesquisador ter possuído um vínculo trabalhista com a instituição estudada foi considerado como um fator possível de afetar a pesquisa de forma positiva ou negativa, mas não como um impedimento.

A escolha do objeto de pesquisa já parte de um envolvimento do pesquisador, porém é necessário manter uma distância segura em relação ao fenômeno estudado e, para tanto, se faz imprescindível a busca pela objetivação. Segundo Minayo (2010, p. 62), “os métodos e técnicas de preparação do objeto de estudo, de coleta e de tratamento dos dados ajudam o pesquisador, de um lado a ter uma visão crítica de seu trabalho e, de outro, a agir com instrumentos que lhe indicam elaborações mais objetivadas”.

Para essa pesquisa, a coleta de dados foi pensada em três etapas, visando a organização do estudo e, principalmente, favorecer a entrada da pesquisadora em um ambiente que já lhe era familiar sob outro ponto de vista. A primeira etapa consistiu no levantamento quantitativo de servidores da enfermagem que solicitaram licença médica no período de janeiro a dezembro de 2011. A segunda etapa referiu-se à observação participante que direcionou o olhar da pesquisadora sobre o ambiente de estudo. A terceira etapa compilou as entrevistas com os gestores e com os enfermeiros da instituição, bem como a realização do grupo focal com os técnicos de enfermagem.

4.2 Entrada em Campo: o PSRN em foco

A entrada da pesquisadora no PSRN aconteceu no mês de dezembro de 2011, visando solicitar autorização do diretor do Hospital para a realização da pesquisa. Somente em julho de 2012 foi iniciado o processo de coleta de dados. Nesse meio tempo o projeto de pesquisa foi enviado para aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Rondônia (UNIR). Aconteceu, também, a mudança do diretor do Hospital e foi realizada,

então, uma conversa com o novo gestor na qual foi informado sobre a pesquisa e a autorização concedida pelo antecessor do cargo para realização. Nesse momento foi reiterada a liberação da entrada da pesquisadora no hospital e o novo diretor colocou-se à disposição para auxiliar no que fosse preciso.

Segundo Bogdan e Biklen (1994), conseguir a autorização para realização da pesquisa planejada é o primeiro problema que o pesquisador se depara no trabalho de campo. No entanto, a pesquisadora não encontrou dificuldades nessa etapa do estudo, mesmo ocorrendo a mudança do gestor durante o processo de avaliação do projeto de pesquisa no CEP.

Essa facilidade também pode ser analisada como um aspecto que ilustra a organização dos processos de trabalho naquele local, pois o gestor não colocou impedimentos para a pesquisa, mas também não demonstrou nenhum interesse pelo estudo. A autorização foi concedida sem nenhum questionamento sobre como o trabalho seria realizado naquele local. A pesquisadora, por demanda própria, decidiu fornecer explicações mais detalhadas sobre o método utilizado para a coleta de dados por considerar um aspecto ético importante da pesquisa.

Supõe-se que devido ao fato de a pesquisadora já ter tido uma vivência profissional de dois anos no passado com o hospital escolhido, isso possa ter sido uma variável que facilitou sua entrada na Unidade e, talvez, um dos motivos para a falta de questionamentos sobre os aspectos metodológicos envolvidos na pesquisa.

4.3 PSRN: uma breve descrição

No Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o PSRN é caracterizado como uma Unidade de Média Complexidade, com o fluxo de clientela atendida por demanda espontânea e referenciada. Possui 137 leitos cadastrados, sendo 10 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, 95 leitos de clínica geral e 32 leitos de cirurgia geral.

O PSRN possui oito setores, sendo: sala de emergência - denominada sala de sutura pelos servidores do hospital, é o local onde os pacientes recebem o primeiro atendimento ao entrarem no hospital em situação de emergência. Os internos na unidade que apresentarem piora no quadro clínico e precisarem de procedimentos de emergência também são levados para esse local e alguns pacientes em situação crítica ficam “internados” na sala de emergência esperando por uma vaga na UTI; PSI – setor de internação dos pacientes que sofreram situações de traumas, existe uma pequena sala que é o posto de enfermagem e os pacientes ficam internados pelos corredores do hospital; PSII – setor de internação dos pacientes com patologias clínicas, existe uma sala correspondente a esse setor, mas os

pacientes “excedentes” ficam em macas, colchões no chão ou em cadeiras no saguão que deveria ser uma recepção do hospital e, na prática, se torna tanto a observação quanto internação; Ala I – enfermarias de internação feminina; Ala II – enfermaria de internação pós cirúrgica. Os pacientes, de ambos os sexos, após passar por procedimentos cirúrgicos, ficam nesse setor. Caracteriza-se como um setor semi aberto, pois tem uma porta que a separa do restante do hospital, tem enfermaria com camas mas os pacientes também ficam em macas ao longo do corredor; Ala III – enfermaria de internação masculina; UTI – setor fechado para pacientes críticos; UCE – setor fechado para pacientes considerados semi-críticos, mas na prática os pacientes que necessitam de leito de UTI também ficam nesse setor.

Nas Alas (I, II e III), no PSI e PSII existe o balcão de enfermagem, onde ficam todos os prontuários e as prescrições dos pacientes, além do livro de enfermagem e todos os formulários necessários para a realização dos procedimentos administrativos. Ao lado do balcão da enfermagem fica uma pequena sala onde a equipe de enfermagem realiza o preparo da medicação e dos materiais necessários para o cuidado com os pacientes. Esse local também serve como apoio para a alimentação e descanso da equipe.

4.4 Levantamento Quantitativo: números necessários

A primeira etapa da coleta de dados aconteceu no setor de recursos humanos da unidade, com o objetivo de levantar dados sobre os afastamentos do trabalho entre os profissionais da equipe de enfermagem da instituição.

A pesquisadora esteve no setor no período vespertino e precisou de quatro tardes para finalizar essa etapa. Nesse horário, a chefe do setor não estava presente, mas, seguindo a autorização já concedida pela direção, também liberou a entrada da pesquisadora no local. No setor estavam presentes dois servidores, um homem e uma mulher, que se mostraram sempre muito prestativos e disponibilizaram à pesquisadora toda a documentação solicitada, inclusive autorizando a utilização de uma das mesas do local. Os arquivos estavam bem organizados, mas os registros dos afastamentos por licença médica não indicavam o diagnóstico da patologia, de acordo com a Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde, em sua décima revisão (CID-10).

Assim, foi possível realizar o levantamento de dados quantitativos do absenteísmo dos servidores do trabalho, mas ficaram em aberto os motivos dos pedidos de licença médica. Em conversa com os servidores do local, observou-se que não é prática comum o arquivo de cópias dos atestados médicos, que ficam afixados na folha de ponto, são encaminhados para a Gerência de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde e depois para o setor

responsável pelo pagamento salarial. O setor de recursos humanos do Hospital, pela falta de quantitativo maior de servidores, não realiza nenhum acompanhamento quanto ao número de adoecimento entre os trabalhadores.

4.5 Observação Participante: um percurso diferenciado

A pesquisadora utilizou também a técnica da observação participante para se inserir no ambiente de pesquisa, utilizando o diário de campo para registrar todas as observações realizadas na Instituição. Segundo Minayo (2010, p. 274), “no trabalho qualitativo, a proximidade com os interlocutores, longe de ser um inconveniente, é uma virtude.”.

Essa técnica possibilita uma participação mais profunda que permite desvelar as relações através de seus códigos grupais e significados íntimos (MINAYO, 2010). Nesse processo de desvelamento da realidade do PSRN, os seguintes pontos foram norteadores à pesquisadora como: compreender o modo como os profissionais realizam o atendimento ao paciente; observar o comportamento dos profissionais no cotidiano do serviço; buscar sinais de sofrimento e de prazer durante a execução da tarefa; analisar as relações interpessoais que se estabelecem entre os trabalhadores, com os gestores e os pacientes.

Ainda, segundo Ludke e André (1996, p. 26):

A observação direta permite também que o observador chegue mais perto da “perspectiva dos sujeitos”, um importante alvo nas abordagens qualitativas. Na medida em que o observador acompanha *in loco* as experiências diárias dos sujeitos, pode tentar apreender a sua visão de mundo, isto é, o significado que eles atribuem à realidade que os cerca e às suas próprias ações.

Assim, em todos os momentos que a pesquisadora esteve no hospital voltou-se para as condições locais e os modos de organização dos processos de trabalho. No período de julho a setembro de 2012, foram realizadas visitas frequentes à instituição nas quais os dados foram coletados e o diário de campo foi construído pelas observações da pesquisadora.

Segundo Bogdan e Biklen (1994, p. 70), os investigadores qualitativos, geralmente, “recorrem à observação empírica por considerarem que é em função de instâncias concretas do comportamento humano que se pode reflectir com maior clareza e profundidade sobre a condição humana”.

Esses autores afirmam ainda que os primeiros dias no campo de investigação são duros e o pesquisador deve estar preparado para cometer erros, pois é um momento de adaptação ao local, o que pode gerar uma sensação de desconforto. (BOGDAN; BIKLEN, 1994).

Nos primeiros dias do trabalho de campo começa-se a estabelecer a relação, aprendem-se “os cantos à casa”, passa-se a ficar mais à vontade e a trabalhar no

sentido de os sujeitos ficarem mais à vontade conosco. É a altura de se ficar confuso – mesmo aflito – com tanta informação nova. Ainda há muito para aprender. O sentimento de incompetência prevalece. (BOGDAN; BIKLEN, 1994, p. 123).

Assim, a pesquisadora adentrou na unidade, encontrando resistências, mas também algumas facilidades. A produção do diário de campo contribui para ampliar a visão crítica e possibilita a estranheza das coisas antes vistas como naturais, visto que o olhar é de alguém ainda não transpassado pelas regras e normas da instituição, e isso potencializa a objetivação e o rigor do método.

4.6 Entrevistas: a proximidade na escuta

Nesse sentido, Rosa e Arnoldi (2008, p. 20-23) enfatizam que “é imprescindível, portanto, que o entrevistador tenha, como ponto de partida, toda a visualização desse contexto externo, cultural e histórico em que está inserido o sujeito a ser pesquisado”. Dessa forma, apesar da utilização do mesmo roteiro, não foi possível a realização de entrevistas iguais, pois os contextos vivenciados por cada sujeito no papel de gestor eram diferenciados. Ainda, segundo os mesmos autores, “é necessário que o entrevistador deixe a conversação transcorrer livremente, não interferindo, mas selecionando apenas as respostas que lhe convier”.

Ludke e André (1996, p. 35) enfatizam a importância de alguns cuidados éticos quando da realização da entrevista:

Em primeiro lugar, um respeito muito grande pelo entrevistado. Esse respeito envolve desde um local e horário marcados e cumpridos de acordo com sua conveniência até a perfeita garantia do sigilo e anonimato em relação ao informante, se for o caso. Igualmente respeitado deve ser o universo próprio de quem fornece as informações, as opiniões, as impressões, enfim, o material em que a pesquisa está interessada.

Todas as entrevistas foram realizadas após a assinatura pelos participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual o pesquisador se comprometeu com a garantia do anonimato e sigilo de informações que pudessem identificar os sujeitos. As conversas foram gravadas em áudio após a autorização dos participantes e foram eles quem determinavam os locais e horários nos quais a entrevista seria realizada.

Com os trabalhadores de enfermagem de nível superior também foram realizadas entrevistas individuais, com a previsão inicial de dois entrevistados por turno de trabalho, mas o quantitativo total foi definido de acordo com a estratégia da saturação, conforme exposto por Rosa e Arnoldi (2008, p. 53):

Na pesquisa qualitativa, não é a quantidade de pessoas que irão prestar informações que tem importância, mas, sim, o significado que os sujeitos têm, em razão do que se procura para a pesquisa. A fórmula qualitativa para o cálculo da mostra contém como ingrediente-chave a noção, princípio e estratégia da saturação (= quando não se encontram mais dados adicionais à solução do tema em questão).

Após a coleta de dados chegou-se ao quantitativo total de 7 entrevistas com profissionais que atuam em 4 setores diferentes: PSI (internação de trauma), PSII (internação de pacientes clínicos), Ala II (internação de pacientes pós cirúrgicos), UCE (unidade de cuidados especiais) e UTI (unidade de terapia intensiva). Dos sete entrevistados, 4 eram do gênero feminino e 3 do gênero masculino.

Considerou-se que a entrevista como a forma mais viável de ouvir esses profissionais devido à dificuldade em formar um grupo focal com os trabalhadores de cada plantão, pois a

escala de serviço inclui somente um enfermeiro por setor e a sua retirada do serviço poderia ocasionar algumas dificuldades na execução do trabalho.

Entende-se que essa estratégia possibilitou, mesmo de forma individual, chegar à representação coletiva sobre o significado do trabalho para estes profissionais. Essa concepção apoia-se em Minayo (2010, p. 208, grifo da autora), quando a autora diz que “A representatividade do grupo na fala do indivíduo, portanto, ocorre porque tanto o comportamento social como o individual obedece a modelos culturais interiorizados, ainda que as expressões pessoais apresentem sempre variações em conflito com as tradições”.

Durante três semanas foram realizadas visitas frequentes ao PSRN nas quais se estabeleciam diálogos sobre o trabalho no hospital com os técnicos de enfermagem e alguns enfermeiros eram convidados a participar da entrevista.

Para realizar entrevista com o enfermeiro da sala de emergência foi necessário agendar em local externo ao hospital pela impossibilidade de ele se ausentar do setor durante o plantão devido a alta demanda de atividades. A mesma situação aconteceu com a enfermeira do PSII, que é um setor de internação com alta demanda e no qual os pacientes estão em situação mais grave e necessitam da atenção contínua da enfermagem.

Quanto aos outros setores, as entrevistas foram realizadas no balcão de enfermagem ou em salas dentro do hospital. Todas as entrevistas foram caracterizadas por interrupções nas quais o participante precisou atender alguma demanda de informação de paciente ou da própria equipe.

Percebe-se a necessidade de existir uma flexibilidade na realização dessa técnica, inclusive como algo que influencia na qualidade dos dados coletados. Flick (2009, p. 110) afirma que:

Deve-se encontrar um equilíbrio entre coletar informações semelhantes de cada entrevistado (com relação a comparação e análise) e atender as necessidades e a situação do entrevistado individual. Uma questão essencial é quando e até onde sondar, aprofundar ou trazer tópicos que o entrevistado tenha evitado até então.

Assim, o roteiro foi um guia no direcionamento da conversa mas, de acordo com as contribuições dos entrevistados, outros questionamentos surgiram e foram inseridos nesse contexto. Tal fato influenciou no tempo total, que foi diferente para cada participante. A média de duração foi de 30 minutos.

4.7 Grupo Focal: uma proposta de investigação social

De modo concomitante ao momento das entrevistas individuais, foram realizados os encontros com os técnicos de enfermagem através da técnica do grupo focal.

Considera-se que a análise a partir da narrativa do trabalhador avança no aprofundamento sobre as formas como este contextualiza e ressignifica o seu processo de subjetivação do trabalho. (CAMPOS; DAVID, 2011). O interessante do Grupo Focal é a possibilidade de recriação do ambiente social e proporcionar a interação do coletivo através da expressão das diferentes opiniões sobre a mesma temática. (GUI, 2003).

O Focus Group é um tipo de entrevista em profundidade realizada em grupo, cujas reuniões apresentam características definidas quanto a proposta, tamanho, composição e procedimentos de condução. O foco ou o objeto de análise é a interação dentro do grupo. Os participantes influenciam uns aos outros pelas respostas às idéias e colocações durante a discussão, estimulados por comentários ou questões fornecidos pelo moderador (pesquisador ou outra pessoa). Os dados fundamentais produzidos por essa técnica são transcritos das discussões do grupo, acrescidos das anotações e reflexões do moderador e de outro(s) observador(es), caso exista(m). (OLIVEIRA; FREITAS, 1998)

Por essa definição, o grupo focal foi pensado como uma estratégia importante na pesquisa. Todos os grupos foram conduzidos por um moderador (a pesquisadora), com a existência de um colaborador que fez o papel de observador.

Para Oliveira e Freitas (1998), o uso do Grupo Focal é particularmente apropriado quando o objetivo da pesquisa é explicar como os sujeitos consideram uma experiência, uma ideia ou um evento, visto que a discussão durante os encontros é efetiva em fornecer informações sobre o que as pessoas pensam ou sentem e a forma como agem. O objetivo do Grupo Focal é obter o entendimento dos participantes sobre o tópico de interesse da pesquisa, não importando se é utilizado sozinho ou em conjunto com outros métodos, nem mesmo se busca questões ou respostas.

Assim, considerando o objetivo de ouvir os trabalhadores, Barbour (2009, p. 44) diz que “um uso particularmente popular dos grupos focais em pesquisas com serviços de saúde tem sido para ganhar acesso rápido às perspectivas de um grupo específico de pessoas – com frequência aqueles cujas vozes estariam de outro modo emudecidas”.

Constata-se que o grupo focal representa para o sujeito uma oportunidade social de expressão de ideias que podem ser, eventualmente, confirmadas, complementadas, ampliadas ou retificadas pela intervenção dos demais participantes. Dessa forma, nesse micro-espço do grupo são reproduzidas qualidades encontradas nas redes sociais cotidianas em que essas pessoas estão inseridas. Esse espaço pode ser, ainda, uma oportunidade de desabafo, de liberação das tensões e ansiedades associadas ao tema o que gera informações importantes sobre os componentes afetivos das representações construídas pelo grupo. (GUI, 2003).

Então, o grupo focal trabalha através da oferta de um espaço de fala aos sujeitos e uma “fala em debate”, pois os pontos de vista são discutidos por todos os presentes sem ter a

preocupação ou finalidade com a formação de consensos. O importante é todos apresentarem suas percepções sobre o tema proposto. (NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002).

Como estratégia para a efetivação do Grupo, foi realizado convite em cada setor do hospital no dia do encontro. *A priori* os grupos foram pensados para um mínimo de 5 e máximo de 10 pessoas e todos os grupos tiveram como base o mesmo roteiro (Apêndice A), porém, como acontece com técnicas grupais, mudanças aconteceram durante a execução do procedimento de acordo com a demanda do coletivo.

Os participantes selecionados foram os que estavam de plantão no Hospital no dia de realização do grupo. Realizou-se grupos nos períodos vespertino e noturno, visando abarcar todos os horários dos plantões da enfermagem. O plantão diurno inicia-se às 07:00h e termina às 19:00h e o plantão noturno inicia-se às 19:00h e finaliza às 07:00h.

Inicialmente, no projeto de pesquisa, postulou-se a realização de 10 grupos, porém a quantidade exata ficou para ser definida ao longo do processo. Assim, quando as opiniões começaram a se tornar repetitivas e o pesquisador percebeu que não surgiam novos dados, então, o trabalho foi considerado encerrado. Gatti (2005, p. 22-23) embasa essa concepção ao dizer que:

Para fixar quantos grupos focais conduzir, é comum utilizar como procedimento a realização de três ou quatro grupos e, então, verificar a quantidade e o nível de informações obtidas para a questão em estudo. Se as informações forem consideradas suficientes, não se compõem outros grupos. Essa suficiência depende das pretensões dos pesquisadores e do estudo, mas ela é admitida quando se julga que já se obteve o conjunto de ideias necessário para a compreensão do problema e se julga muito provável que novas ideias não aparecerão.

Assim, foram realizadas seis tentativas de execução dos grupos focais, porém em três momentos não foi possível atingir a quantidade mínima de sujeitos esperados para cumprir as exigências da técnica. Portanto, aconteceram três grupos, com cinco participantes em cada, e duas entrevistas com os técnicos de enfermagem, sendo uma individual e outra em dupla.

Na sequência, após a entrevista com os gestores, a pesquisadora iniciou a realização dos grupos focais com os técnicos de enfermagem. A pesquisadora buscou informações na gerência de enfermagem do hospital sobre como fazer para utilizar o auditório do hospital, que, na realidade, trata-se de uma pequena sala, com um quadro branco, uma mesa e algumas cadeiras geralmente utilizadas para reuniões da equipe, e como sala de apoio para os estagiários. Uma servidora da gerência de enfermagem encaminhou a pesquisadora para falar com o gerente administrativo, pois era quem agendava a utilização da sala.

Em contato com o gerente administrativo foi agendada a realização do primeiro grupo no dia 19 de julho de 2012, no período vespertino. As servidoras da gerência de enfermagem

informaram que o melhor horário para realizar os grupos seria no período vespertino, a partir das 15 horas, pois é o momento de visita na maioria dos setores e, geralmente, a equipe não estaria realizando muitos procedimentos.

Para a realização do primeiro grupo compareceu a pesquisadora com duas colaboradoras. O acesso no hospital foi realizada por uma porta lateral, por onde entram os servidores e estagiários, além dos carros oficiais da Secretaria de Saúde. No portão ficam dois vigilantes, que autorizaram a entrada da pesquisadora sem nenhum procedimento de segurança. Após entrada no hospital, as colaboradoras se dirigiram para o auditório, enquanto a pesquisadora foi passar de setor em setor do hospital para convidar os técnicos de enfermagem a comparecerem ao grupo.

Para execução dos grupos focais, a pesquisadora achou melhor realizar o convite para os técnicos no dia da prática dos grupos, através de visita a todos os setores. A sala de emergência foi o único setor no qual não se convidou os servidores devido a equipe ser reduzida e a impossibilidade de os técnicos se ausentarem do local por muito tempo.

No primeiro dia seguiu-se o planejamento realizado, iniciando-se a visita pela Ala III. A pesquisadora encontrou o balcão de enfermagem vazio, dirigindo-se à sala da enfermagem, onde havia a presença de duas técnicas de enfermagem. A pesquisadora se apresentou e realizou o convite para as técnicas participarem do grupo, mas as servidoras recusaram alegando a necessidade de realizar alguns procedimentos naquele momento. Na sala de enfermagem da Ala II havia um quantitativo maior de técnicas e, depois de realizado o convite, somente uma se dispôs a participar, sendo encaminhada para o auditório. Na Ala I a sala de enfermagem estava vazia, podendo se supor que todos estariam ocupados com algum procedimento nas enfermarias. No PSI e no PSII os técnicos presentes na sala de enfermagem queixaram-se da demanda excessiva de trabalho e se mostraram impossibilitados de participar do grupo. Na UTI a pesquisadora conversou com alguns técnicos da equipe e um deles se dispôs a participar. Na UCE a equipe estava incompleta e nenhum técnico poderia se ausentar para participar do grupo. Ao retornar para o auditório a pesquisadora encontrou apenas uma técnica de enfermagem presente, da Ala I, e o servidor da UTI não compareceu como havia prometido. Assim, o primeiro grupo focal tornou-se uma entrevista individual devido a impossibilidade de realizar a técnica como exigido na literatura.

No dia seguinte, novamente a pesquisadora compareceu ao hospital para tentar realizar o grupo focal. Apesar de haver agendado anteriormente a utilização do auditório com o gerente administrativo, ao chegar ao PSRN observou-se que a gerente de enfermagem estava utilizando o espaço para realizar uma reunião com os enfermeiros. Após uma espera de

aproximadamente 40 minutos, pode utilizar o local. Novamente a pesquisadora se dirigiu a todos os setores do hospital. Em alguns locais os técnicos não quiseram participar, mas em outros alguns se mostraram disponíveis. Neste dia, conseguiu-se então realizar o grupo focal, com a presença de cinco participantes.

Durante uma semana não foi possível dar continuidade aos grupos. O ar condicionado do auditório apresentou problemas e impossibilitou a utilização da sala. Na outra semana o gerente administrativo viajou e tanto a gerência de enfermagem quanto a direção geral afirmaram que o auditório não poderia ser reservado por outro setor.

Nesse ínterim a pesquisadora visitou o hospital para observação da realidade, nas quais realizou conversa informal com os servidores. Nessas visitas foi realizada uma entrevista com uma enfermeira da Ala II, no próprio posto de enfermagem.

Com o regresso do gerente administrativo a pesquisadora agendou a utilização do auditório para o período noturno, com o objetivo de atingir os técnicos que trabalham nesse horário. Em conversa informal com a gerência de enfermagem e outros servidores do hospital, concluiu-se que o melhor horário para realizar o grupo seria a partir das 20 horas. Nesse dia, a pesquisadora novamente realizou o convite para os técnicos de enfermagem dos diferentes setores, observando que, naquele horário, os trabalhadores ainda estavam ocupados com o preparo e administração de medicação o que foi alegado como motivos para não participarem do grupo, porém, mesmo com algumas recusas, ainda foi possível realizar a atividade com a presença de cinco participantes. Percebe-se que apesar da grande demanda de trabalho os servidores mostraram-se mais disponíveis para participar da pesquisa do que os trabalhadores do período vespertino. Outro dia realizou-se, no período vespertino, mais um grupo focal no qual obteve-se, novamente, a participação de cinco trabalhadores.

Alguns setores demonstraram maior resistência à participação no grupo, como as Alas I e III, local onde os servidores recusavam-se ou prometiam comparecer mas não apareciam. Na Ala II as servidoras mostravam-se mais receptivas ao convite e à participação, assim como os setores fechados (UTI e UCE). Quanto aos setores da porta de entrada (PSI e PSII) houve a participação de alguns trabalhadores, porém observou-se a dificuldade de maior presença devido a grande demanda de pacientes internados naqueles locais. A sala de emergência foi o único local que não foi possível ouvir representantes nos grupos, devido a dificuldade maior para os técnicos se ausentarem por um longo tempo.

Nas semanas seguintes a pesquisadora tentou realizar mais dois grupos focais no período vespertino, mas não obteve sucesso. Em um grupo houve somente o comparecimento de duas técnicas de enfermagem, sendo realizada uma conversa seguindo o roteiro proposto

para o grupo mas que não pode ser caracterizado como um grupo focal devido ao número de participantes e se aproximando mais de uma entrevista. Na outra tentativa não foi possível o comparecimento de nenhum trabalhador. Em todos os setores os técnicos afirmaram que a demanda de trabalho havia aumentado de forma excessiva e não era possível se ausentarem. Em alguns setores a equipe estava com numero reduzido, inclusive sem o enfermeiro do plantão.

No contexto local, através de notícias veiculadas na mídia, constatou-se que a Secretaria de Saúde havia cessado o contrato com um hospital privado que oferecia leitos de retaguarda para o PSRN ocasionando a superlotação observada pela pesquisadora e sentida pelos trabalhadores como aumento da demanda de trabalho, que, geralmente, já se mostrava excessiva. Abre-se um parêntese para enfatizar que em nenhum momento durante as visitas o PSRN esteve vazio ou sem pacientes pelos corredores. Mesmo antes dessa quebra de contrato a unidade já se encontrava superlotada. Com essa situação, a demanda de pacientes se tornou ainda maior.

Com essa questão e as tentativas fracassadas de formação dos grupos focais, a pesquisadora decidiu por uma pausa na realização dos grupos e voltou o foco para as observações de campo e a realização de entrevistas individuais com os enfermeiros.

Durante esse tempo iniciou-se uma obra no hospital para instalar a rede de tratamento do esgoto que não existia e, segundo depoimentos, ocasionava transtornos com o retorno de dejetos e água suja em várias dependências da unidade. Tal atividade impossibilitou a utilização do auditório, pois impedia a passagem para o local e adiou a possibilidade de retomar os grupos focais com os técnicos de enfermagem. A Ala III foi transferida para outro hospital público na mesma cidade para que a obra pudesse ter continuidade, com previsão de quatro meses de duração, segundo informações do gerente administrativo.

Assim, a coleta de dados foi suspensa, pois observou-se a impossibilidade de os servidores participarem de quaisquer atividades que exigissem o afastamento do setor. Além da demanda excessiva de trabalho com a superlotação da unidade, ainda existia o estresse pela realização de uma obra com o hospital em pleno funcionamento. Porém, concluiu-se que foi possível a coleta de dados suficientes para o início da etapa de análise.

No Quadro 1, abaixo, elaborou-se uma sistematização de todas as entrevistas e grupos focais realizados no PSRN durante o ano de 2012, quando aconteceu a coleta das informações para a pesquisa.

Quadro 1 – Relação de Entrevistas e Grupos Focais realizados no PSRN em 2012

Data	Técnica	Participantes			
		Qualificação	Quantitativo	Idade	Gênero
05/07/2012	Entrevista	Diretor Geral	01	53	Masculino
19/07/2012	Entrevista	Gerente de Enfermagem	01	37	Feminino
19/07/2012	Grupo Focal	Técnico de Enfermagem	01	23	Feminino
20/07/2012	Grupo Focal	Técnicos de Enfermagem	05	24, 29, 31, 36, 39	05 Femininos
31/07/2012	Entrevista	Enfermeira	01	29	Feminino
01/08/2012	Entrevista	Enfermeira	01	54	Feminino
01/08/2012	Entrevista	Enfermeira	01	29	Feminino
07/08/2012	Grupo Focal	Técnicos de Enfermagem	05	31, 31, 39, 58, 61	05 Femininos
08/08/2012	Entrevista	Enfermeira	01	27	Feminino
10/08/2012	Grupo Focal	Técnicos de Enfermagem	05	22, 25, 28, 31, 36	04 Femininos; 01 masculino
14/08/2012	Grupo Focal	Técnicos de Enfermagem	02	42, NI	02 Femininos
19/08/2012	Grupo Focal	Técnicos de Enfermagem	00	-	-
04/09/2012	Entrevista	Enfermeira	01	29	Feminino
04/09/2012	Entrevista	Enfermeiro	01	25	Masculino
05/09/2012	Entrevista	Enfermeiro	01	28	Masculino
06/09/2012	Entrevista	Enfermeiro	01	43	Masculino

Fonte: produção da autora a partir das entrevistas e grupos focais realizados no PSRN em 2012.

5 ANÁLISE DOS DADOS

O texto abaixo apresenta os dados coletados do trabalho de campo. De forma concomitante é realizada a discussão teórica do que foi levantado a partir dos pressupostos que baseiam essa pesquisa. Considera-se que a pesquisa qualitativa tem como característica realizar a análise dos dados de forma simultânea com a coleta e, por isso, optou-se por essa forma de escrita.

No primeiro momento foram expostos os dados do mapeamento quantitativo sobre os afastamentos por licença médica e as faltas no trabalho dos servidores da enfermagem no ano de 2011. No segundo momento, foram analisadas as informações obtidas através das entrevistas e grupos focais com os trabalhadores, bem como as percepções da pesquisadora a partir do diário de campo. A análise foi realizada a partir da divisão dos dados em categorias temáticas, seguindo o modelo proposto por Bardin (2011).

5.1 Licenças médicas e faltas da equipe de enfermagem: ilustração de uma realidade

A primeira etapa da pesquisa foi a realização de um mapeamento no Setor de Recursos Humanos do Hospital sobre o número de pedidos de licença médica e faltas entre os servidores da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem) no ano de 2011.

O setor de recursos humanos do PSRN realiza um relatório mensal para encaminhar à Gerência de Recursos Humanos da Secretaria Estadual de Saúde, no qual lista o nome de todos os servidores do hospital e o total de dias trabalhados, sendo incluído como observação o quantitativo de dias referentes a pedidos de licença médica, faltas ou outros tipos de afastamentos como licença sem remuneração, licença maternidade, licença prêmio e exoneração.

A partir desse documento a pesquisadora realizou a primeira etapa da pesquisa. Porém, nessa etapa não foi possível levantar os tipos de doenças e os motivos dos afastamentos por licença médica, pois esse relatório não especifica o CID da doença, devido a questões legais que impedem tal divulgação. Além disso, o setor de recursos humanos não tem como estratégia arquivar uma cópia dos atestados médicos apresentados pelos servidores. Segundo a Gerente do setor, os atestados médicos são encaminhados para a Gerência de Recursos Humanos da Secretaria Estadual de Saúde, juntamente com as folhas de ponto individuais de cada servidor.

O objetivo dessa etapa era mapear os dados quantitativos como uma forma de ilustrar a situação de adoecimento ou sofrimento dos trabalhadores que pode ser sugerida através do número de absenteísmo. Portanto não foi realizado um aprofundamento estatístico dos dados coletados devido à escolha pelo método qualitativo e o foco na análise das falas e no convívio com os trabalhadores do hospital através das entrevistas e grupos focais.

Assim, a partir dos dados coletados constatou-se que no ano de 2011 o PSRN tinha um total de 480 servidores de enfermagem, sendo 69 enfermeiros, 310 técnicos e 101 auxiliares. O número total de servidores é uma média anual, pois o quantitativo tem variação mensal devido a nomeações, exonerações e transferências que podem acontecer mensalmente.

Observa-se que, dentre os servidores da enfermagem, o maior quantitativo de trabalhadores refere-se aos técnicos de enfermagem, seguidos dos auxiliares e o menor número é dos profissionais enfermeiros de nível superior. Tal constatação pode ser justificada devido ao fato de a organização do trabalho da enfermagem ser realizada em equipes, as quais contam apenas com 1 (um) enfermeiro responsável e de 8 (oito) a 9 (nove) técnicos e auxiliares, ou seja, cada equipe conta com aproximadamente 10 integrantes no grupo de trabalho.

Tabela 1 - Quantitativo de afastamentos entre os servidores da enfermagem do PSRN no ano de 2011

	Faltas e Licenças Médicas					
	Homens	%	Mulheres	%	Total	%
Enfermeiros	9	13	41	59	50	72
Técnicos	38	12	174	56	212	68
Auxiliares	12	12	60	59	72	71
Total	59	12	275	57	334	70

Fonte: produção da autora a partir dos dados coletados no PSRN em 2012.

Observa-se um maior número de afastamentos entre as mulheres, porém tal diferença já é esperada tendo em vista que a área da enfermagem é composta em sua maioria por mulheres. Na soma de todas as pessoas que tiveram algum tipo de afastamento, seja por falta ou por licença médica, obtém-se o total de 334 pessoas. Considerando a média anual de 480 servidores da enfermagem que atuaram no PSRN em 2011, constata-se que mais da metade dos servidores (70%) tiveram que se afastar do trabalho durante o ano em virtude de adoecimento ou falta sem justificativa.

Na tabela 1, o percentual foi calculado com base no número de profissionais em cada categoria e somente na linha de total foi utilizado como base o número total de profissionais da enfermagem para o cálculo dos percentuais. Dessa forma, observa-se que a categoria de

enfermeiros são os profissionais que, percentualmente, mais se afastaram (72%), seguido dos auxiliares (71%) e os técnicos de enfermagem (68%).

Tais dados vão de encontro a algumas pesquisas que demonstram maior percentual de afastamentos entre os profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem. Entre as pesquisas utilizadas como base de comparação, observou-se que algumas (BARBOZA; SOLER, 2003; BECKER; OLIVEIRA, 2008; FAKIH; TANAKA; CARMAGNANI, 2012; SANCINETTI et al., 2011) demonstram maior taxa de absenteísmo entre os profissionais de nível médio e fundamental em comparação aos enfermeiros de nível superior. Encontrou-se somente um estudo (CUCOLO; PERROCA, 2008) cujos percentuais de ausências foram maiores para a categoria de enfermeiros.

Tabela 2 - Quantitativo de afastamentos no PSRN entre servidores da enfermagem no ano de 2011

	Total de pessoas com falta	%	Total de dias de faltas	Média de dias de faltas	Total de pessoas com licença médica	%	Total de Dias de licença médica	Média de dias em licença médica
Enfermeiros	5	7	71	14,2	48	70	833	17,3
Técnicos	89	29	858,5	9,7	187	60	8345	44,7
Auxiliares	32	32	153	4,8	62	61	247	4
Total	126	26	1082,5	8,6	297	62	9425	31,7

Fonte: produção da autora a partir dos dados coletados no PSRN em 2012.

Comparando os dados das tabelas 1 e 2, observa-se que apesar de a categoria de enfermeiros possuir maior percentual de afastamentos, são os técnicos de enfermagem que ficam mais dias sem trabalhar devido ao adoecimento. Percebe-se que os técnicos de enfermagem possuem a maior média de dias em licença médica (44,7 dias), o que leva a supor que devem ser afastados por doenças mais graves ou que demandam maior tempo de tratamento que as outras categorias. Os enfermeiros possuem a segunda maior média de dias afastados por licença médica (17,3 dias). Os auxiliares de enfermagem possuem a menor média de dias afastados (4 dias).

Em relação às faltas, observa-se que os enfermeiros possuem a maior média de faltas (14,2 dias), seguidos pelos técnicos (9,7 dias) e a menor média é dos auxiliares (4,8 dias). De modo geral, os auxiliares de enfermagem, apesar do alto percentual de afastamentos (61%) possuem a menor média de dias afastados em relação às outras categorias.

Constata-se que várias pesquisas realizaram levantamento sobre absenteísmo entre trabalhadores da saúde e a maioria conclui que os maiores índices são entre os técnicos de enfermagem (BARBOZA; SOLER, 2003; BECKER; OLIVEIRA, 2008; ESTORCE;

KURCGANT, 2011; FAKIH, TANAKA; CARMAGNANI, 2012; FERREIRA et al., 2012; GEHRING JUNIOR et al., 2007; INOUE et al., 2008; JUNKES; PESSOA, 2010; MARTINATO et al., 2010; REIS et al., 2003; SALA et al., 2009; SANCINETTI et al., 2009; SILVA; MARZIALE, 2000).

Considerando todos os servidores que faltaram (126), obtém-se uma média de 8,6 dias de faltas para cada pessoa. Em relação às licenças médicas, observou-se o total de 297 pessoas, chegando-se à média de 31,7 dias de licença médica por trabalhador. Assim, a partir das licenças por motivo de saúde estima-se que, em média, a cada dois dias um enfermeiro, três técnicos e um auxiliar entram em licença por motivos de saúde. Considera-se este percentual muito elevado indicando que a sobrecarga, associada às condições de trabalho, representa um risco à saúde da equipe de enfermagem desta instituição.

Quanto ao fato de as maiores médias de dias afastados estarem relacionados a categoria dos técnicos de enfermagem, a maioria dos pesquisadores (BARBOZA; SOLER, 2003; BECKER; OLIVEIRA, 2008; ESTORCE; KURCGANT, 2011; FERREIRA et al, 2012; GEHRING JUNIOR et al, 2007; INOUE et al, 2008; REIS et al, 2003; SANCINETTI et al, 2011) justifica tal situação com os mesmos argumentos.

Ferreira et al (2012), Inoue et al (2008), Gehring Junior et al (2007) e Reis et al (2003) justificam tal situação devido ao fato de o quantitativo dos enfermeiros ser reduzido, podendo acarretar que o profissional se sinta com maior responsabilidade em relação a equipe, levando-o a exercer suas funções mesmo quando sua saúde encontra-se debilitada.

Outro aspecto é o modo de organização dos processos de trabalho, no qual os enfermeiros executam atividades de caráter administrativo, reduzindo, assim, as chances de contaminação, em comparação com os técnicos de enfermagem, que lidam de forma contínua com os pacientes e estão expostos a cargas de trabalho com maior desgaste físico e ergonômico (ESTORCE; KURCGANT, 2011; FERREIRA et al, 2012; REIS et al, 2003).

Sancinetti et al (2011) concluem que a ocorrência de maior número de afastamentos entre os técnicos de enfermagem pode estar relacionada à cobrança maior do cargo, que demanda uma presença constante, e ao fato de as tarefas desenvolvidas exigirem maior esforço físico, além de se constituírem por atividades repetitivas e monótonas.

Por esses dados podemos supor a dificuldade da gerência de enfermagem para a realização da escala de trabalho pelo fato de lidar com uma grande quantidade de absenteísmo entre os trabalhadores o que pode ocasionar dificuldades na assistência. Tal fato foi observado no PSRN pela pesquisadora durante as visitas ao hospital onde constatou o déficit de trabalhadores nos setores.

Devido ao modo de organização do setor de recursos humanos do PSRN, não foi possível levantar as doenças responsáveis pelos afastamentos. Porém, com os dados apresentados, percebe-se a necessidade de aprofundar o olhar sobre os profissionais de enfermagem do hospital para entender como se organizam os processos de trabalho em um local que ocasiona tantos afastamentos.

Ferreira et al (2012) enfatizam a importância do absenteísmo por licença médica ser analisado a partir do modo de organização dos processos de trabalho e a necessidade de se ter uma abordagem multifatorial sobre o fenômeno, pois a sua redução incide sobre os gastos financeiros do hospital, além de melhorar a qualidade da assistência e aumentar a satisfação dos trabalhadores com a sua atividade.

Percebe-se, também, a ausência de uma Política no hospital voltada para compreender esses dados. Nas visitas a campo a pesquisadora ouviu muitas queixas dos gestores sobre o grande quantitativo de afastamentos no PSRN, porém não observou-se nenhuma ação visando modificar ou compreender esse contexto.

6 ASPECTOS QUALITATIVOS NA ANALISE DOS DADOS

Nesse momento da dissertação procura-se expor os dados coletados durante o momento das entrevistas individuais com trabalhadores e gestores, assim como dos grupos focais com os técnicos de enfermagem e as observações da pesquisadora.

Na seção do método foi proposta a realização da análise temática dos dados. Segundo Bardin (2011, p. 135): “Fazer uma análise temática consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”.

Considerando o objetivo de compreender como o significado do trabalho interfere na saúde e/ou adoecimento para os trabalhadores da enfermagem do PSRN, dividiram-se os dados obtidos durante as entrevistas e os grupos focais em três grandes categorias: atividade de trabalho; organização do trabalho; sinais e sintomas.

Na categoria atividade de trabalho buscou-se entender como é o trabalho real no PSRN, a partir do pressuposto que existe uma distância entre o que se deveria fazer, de acordo com as normas, e o que realmente se faz na atividade concreta.

Na organização do trabalho buscou-se compreender os aspectos relacionados à gestão do PSRN, tanto em relação à hierarquia de comando, como observando a posição dos trabalhadores em relação às decisões que são tomadas na instituição.

Em sinais e sintomas, buscou-se as falas relacionadas à vivências de desprazer e satisfação no trabalho, além das estratégias utilizadas pelos trabalhadores na dinâmica do PSRN. Entende-se o prazer e sofrimento em relação a saúde, de forma geral, e em seus aspectos somáticos, psíquicos e sociais.

A análise das falas serão apresentadas de forma individualizada pois devido as dificuldades na realização da pesquisa só conseguiu-se a realização de três grupos focais sendo que somente foi possível realizar a transcrição de dois grupos devido a falhas na gravação do áudio. Os nomes utilizados, tanto dos participantes quanto das instituições citadas, são fictícios.

6.1 Atividade de trabalho: “no pronto socorro você vive um dia após o outro, cada dia é um dia totalmente diferente do esperado, com novas situações”

No subtítulo acima, a técnica de enfermagem Helena⁸ relata sobre a vida no Pronto Socorro. Nessa categoria buscamos entender justamente isso, como é o PSRN e como os trabalhadores atuam nesse local. Visando sistematizar melhor a análise, os dados foram

⁸ Os nomes a partir daqui utilizados são fictícios.

divididos em três subcategorias: condições de trabalho; trabalho prescrito e trabalho real; relações de trabalho.

6.1.1 Condições de trabalho: “o que está faltando realmente são condições de trabalho”

A fala acima é do técnico de enfermagem Bernardo, ela foi dita durante a realização de um encontro em grupo e expressa uma das preocupações dos trabalhadores em relação aos processos de trabalho no hospital. O mesmo profissional disse, ainda, que “As condições de trabalho do PSRN só foram piorando ao longo desse tempo [...]”. Considera-se na categoria condições de trabalho todas as falas que possibilitam visualizar a situação concreta do local, tanto relacionada ao ambiente físico como aos recursos necessários para a execução do trabalho.

Quanto a estrutura física do hospital, observa-se algumas falas sobre a diferença entre os setores, separando, principalmente, a realidade da porta de entrada em relação ao restante do hospital. Como explicitado no capítulo do método, o PSRN é dividido em oito setores: PSI; PSII; Ala I; Ala II; Ala III; UTI; UCE e Centro Cirúrgico.

O PSI e PSII são a porta de entrada do hospital, no PSI ficam os pacientes ortopédicos e pré-operatórios de outras especialidades, no PSII estão os pacientes clínicos graves em espera de vaga para a UTI ou aguardando transferência para as Alas e/ou hospitais de retaguarda. Nas Alas (I, II e III) são as enfermarias de internação mais prolongada, sendo divididas em enfermaria feminina (Ala I), enfermaria masculina (Ala III) e enfermaria pós-operatória para onde vão os pacientes depois de sair do centro cirúrgico (Ala II). A UTI e UCE são setores fechados de internação dos pacientes que necessitam de cuidados intensivos.

O PSI é um setor no qual os pacientes estão internados no corredor do hospital. A gestora Sara fala sobre essa situação: “O PSI não tem nem onde colocar os pacientes. O PSI hoje é o hospital todinho, só tem o posto, são os corredores” (Sara). Tem uma sala que é o posto de enfermagem, mas os pacientes ficam internados pelos corredores em toda a extensão do PSRN. Em outra fala da gestora pode-se perceber uma angústia em relação a essa organização física do setor nos corredores do hospital:

[...] vai ao PSI que não tem um quadrado para ser referência de início, a gente sempre fala, a gente queria pelo menos um quadrado para que pelo menos os primeiros pacientes ficassem nesse quadrado, mesmo que depois se estendesse pelo corredor. O PSI começa ali, não tem onde começa o PSI [...]. (Sara)

Tal situação foi constatada pela pesquisadora. O setor tem uma sala na qual está o balcão de enfermagem, mas os pacientes estão distribuídos ao longo dos corredores em toda a

extensão do hospital. A gestora faz então uma exposição sobre como os pacientes se sentem ao serem transferidos dos setores de porta de entrada para as enfermarias:

Parece que na ala, no leito, quando o paciente vai para uma ala, parece que vai para o céu. Aquela cama enferrujada, às vezes aquele colchão rasgado, que a gente conseguiu trocar tudinho, graças a Deus. Eu olho assim, às vezes o ar não está funcionando, mas o fato de ele ir para um leito entre quatro paredes, parece que ele foi para o céu, né. E a gente fica naquela luta de resgatar os idosos, as prioridades. (Sara)

Apesar de todas as dificuldades que também existem nas alas (cama enferrujada, colchão rasgado, ar condicionado quebrado), ainda, é bem melhor para o paciente em comparação aos setores da entrada pelo simples fato de ter um leito. Tendo ainda o adicional de a equipe precisar definir quem terá esse mínimo de conforto já que as vagas não são suficientes para todos. É marcante o uso da palavra “resgate” na fala da gestora para dizer da escolha entre quem sai do chão e quem vai para o leito.

Outra descrição em grupo auxilia a entender essa diferenciação entre os setores: “[...] as alas são diferentes, não digo que são melhores, entendeu, mas elas são assim, como eu posso dizer um nível a mais para o paciente, um nível melhorzinho (sic).” (Paula). Percebemos que o “resgate” do paciente é para um local “melhorzinho”, ou seja, não existe grande diferença em termos das condições de trabalho, fora o fato de não ter leitos no chão, pois nas falas dos profissionais que trabalham em outros setores, como a UTI e as Alas, também se percebe as mesmas queixas sobre os locais.

A problemática da estrutura física, de modo geral, integra várias falas, tanto dos trabalhadores como dos gestores, que enfatizam a falta de espaço para acomodar todos os pacientes, situação que segundo eles leva à superlotação do hospital, com internações nos corredores e no chão.

Mas, internamente, nós tivemos problemas também com a estrutura. A estrutura física do hospital hoje, ele não comporta o que ele tem que prestar serviço para a comunidade [...]. (Luis).

A gente não tem onde colocar os pacientes. (Bianca)

Cadê espaço pra acomodar o paciente enquanto a gente cuida? Ele precisa ser cuidado. (T. Helena)

[...] a gente não tem espaço suficiente [...]. (Vitória)

[...] a gente sabe que já é difícil acomodar os pacientes, por que não tem cama pra todo mundo, e ainda ter estrutura para ter acompanhante. (Carla)

As condições de trabalho relatadas são dramáticas, a percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre as condições de trabalho, a má distribuição do espaço físico no hospital é considerada um risco físico e psicológico para os trabalhadores.

A situação da superlotação acaba por influenciar nos processos de trabalho da enfermagem, pois os profissionais não conseguem realizar a assistência como deveriam. A Técnica Joana fala sobre a modificação na organização do trabalho na UCE devido à falta de vagas para os pacientes na UTI:

A UCE deveria ter a seguinte proposta, os pacientes que saem do seu estado gravíssimo, mas ainda não estão em seu estado normal, saem de lá e vem para a UCE, ficam mais uns dois dias e de lá são liberados para as alas, mas como não tem vaga, o que acontece é fazer a UCE de UTI. (Joana)

No PSRN, as dificuldades com a estrutura física se referem tanto à acomodação dos pacientes quanto dos acompanhantes. Tal situação acaba por prejudicar também a atividade de trabalho da equipe de enfermagem. Sara demonstra sua preocupação com as condições de trabalho a que estão submetidos, e enfatiza que esta realidade prejudica o trabalho da enfermagem:

[...] você vê que a enfermagem, a gente só queria assim a quantidade correta e condições, uma ambiente mais favorável. Você vê que os postos de enfermagem estão deteriorados, cheio de mofos. Agora nós temos algumas cadeiras que nós conseguimos, mas nem cadeira tinha para os servidores sentarem naquele momento. É preciso o mínimo, é preciso às vezes ajudar no banho de um paciente e eu não tenho material, não tenho suporte de bacia, eu vou administrar medicação, faltam medicações. Falta, às vezes, espaço para a gente preparar medicação, como no posto de enfermagem do PS II. O posto de enfermagem do PS II é um posto de enfermagem bem pequenininho, que para a equipe entrar, prepara duas depois sai e entra mais duas, a medicação de alguns vão atrasar né. (Sara)

Na realização do estudo no PSRN constatou-se essa realidade, os postos de enfermagem são pequenos para comportar toda a equipe. No PSII, por exemplo, a pesquisadora observou que a equipe precisa se revezar na hora de preparar a medicação. Nos outros postos notou-se que as cadeiras disponíveis para os trabalhadores estavam, em sua maioria, quebradas e remendadas com esparadrapo e algumas nem tinham encosto para as costas.

A superlotação está associada, também, à sobrecarga nos profissionais e traz à tona queixas sobre a falta de recursos humanos na equipe de enfermagem para dar conta de toda a demanda de assistência no PSRN, como podemos perceber na seguinte fala: “[...] com o fluxo de pessoas aumentando é como se houvesse diminuído a quantidade de pessoas pra atender essa quantidade de pessoas que está vindo né. Então, o PSRN não suporta mais”. (Vitória).

Sobre as dificuldades para atuação dos profissionais, foi marcante um momento na vivência da realização do grupo focal, no qual os trabalhadores da enfermagem expuseram sobre a situação do repouso e a falta de banheiro para atendê-los no hospital.

Banheiro pra gente ou para o próprio paciente, lá no PSII não tem [...] (Tania)

Nosso repouso ele é muito insalubre, porque as paredes são todas cheias de mofo, assim também as paredes lá da UCE, se olhar assim está tudo mofado, tudo assim coisado (sic). Então a gente está respirando aquele mofo. (Luana)

Quando chove o esgoto enche e sobe, alaga o quarto todo. (Luana)

Eu não tenho coragem de ir ao repouso. A gente esquece, a gente levanta pisa no chão e quando vai ver a água está no meio das canelas, água de esgoto. (Joana)

[...] o nosso ar condicionado está descendo uma cachoeira, nosso repouso está só água, tem que tirar a cama lá de dentro, dar uma improvisada na cama para poder não cair mais água em cima da cama, para poder dormir né, descansar um pouco. (Paula)

Tem gente que não vai para o repouso, fica no postinho mesmo. Tem gente que leva um colchãozinho coloca lá, abre uma caixa e deita. Eu mesmo já abri uma caixa, coloquei um lençol e já deitei no chão, por que quando o cansaço vem e você está com sono você quer esticar o seu corpo, passar aquele momento de descanso, tem gente que dorme dentro do carro por que não tem condições né, é uma coisa assim mesmo terrível. Agora o ar está funcionando, mas quando não está é um calor, quase não fica gente assim no repouso, ou seja, é insuportável. (Joana)

É insalubre. É chocante. (Luana)

A última fala da técnica Luana enfatiza bem o que a pesquisadora sentiu ao ouvir o depoimento desta situação. “É chocante”. Um ambiente de trabalho que não proporciona um banheiro e nem um local de repouso com condições de ser utilizado é dramático. A condição de ter de se sujeitar a isto leva os profissionais da enfermagem a um estado de completa perplexidade e sofrimento por ter que se submeter a esta situação, desumana para eles e os pacientes.

Além das dificuldades relacionadas com o ambiente físico, os profissionais referem-se às faltas que acontecem no hospital, como percebemos na fala do técnico Bernardo: “E é essa a realidade vivida todo dia aqui no PSRN. Falta de material, falta de condições”. No Quadro 2 os trabalhadores descrevem as situações vivenciadas no trabalho do hospital, dos recursos materiais que precisam para realizar os procedimentos básicos de sua atividade.

Quadro 2 - Descrição dos materiais que faltam no PSRN e consequências dessas faltas na atividade de trabalho.

Faltas de materiais:	Consequências na atividade:
Medicamentos, Soro, Pomada, Luva, Lençol. Cadeira de roda, Cadeira de banho, Água potável, Aparelho de pressão, Ambulância, Equipamentos quebrados, Macas enferrujadas	Eu acho ruim, porque eu sei que de uma hora para outra pode piorar muito um curativo, um curativo que hoje está bonito amanhã amanhece necrosado. Faltam-me principalmente as coberturas, pomadas e outros tipos de cobertura e eu sei que se eu tivesse o material eu salvaria uma perna, mas como eu não tenho eu sei que a pessoa vai perder a perna e aquilo choca né. Cara, é uma coisa tão simples, alguém poderia ir lá e correr atrás do material para a gente. (Ingride) [...] falta de material, né, então, você chega ao plantão, às vezes você não tem luva pra trabalhar. Então, hoje, por exemplo, no plantão, a gente deu o banho, assim, realizou o banho dos pacientes mais ou menos, por que a gente não tinha compressa suficiente e nem lençol né. Então são coisas básicas, e até as mais complexas como, por exemplo, ventiladores mecânicos. Quando eu trabalhava na sala de emergência, por exemplo, era muito comum a gente

	ficar fazendo a ventilação manual com “ambu” pela falta de ventilador mecânico. (Nelson)
--	--

Fonte: produção da autora a partir das entrevistas e grupos focais realizados no PSRN em 2012.

Parece algo improvável de acontecer num hospital, mas é a realidade de trabalho da equipe de enfermagem do PSRN. Sobre isto, Mauro et al (2010) enfatizam que os recursos insuficientes para realizar o trabalho é considerado um risco ergonômico para os trabalhadores. Observa-se que estas situações vivenciadas acarretam muitas dificuldades na assistência ao paciente e no cumprimento de suas atividades (quadro 2).

Sobre isto, Barros et al (2007, p. 198) afirmam que a falta de aparelhos básicos para o cuidado ao paciente “interfere no desenvolvimento da atividade, produzindo sentimentos de desvalorização no trabalhador, que se sente responsabilizado e culpado pela qualidade do serviço prestado”.

Essa situação limite do PSRN leva, tanto os profissionais como os pacientes a situações extremas que ferem a esfera dos “direitos humanos”⁹, por serem situações consideradas degradantes, como relatado abaixo:

Outro dia eu me peguei preparando uma caixa de papelão para o paciente deitar, é o ápice do absurdo, mas chega numa situação que o paciente está um dia inteiro sem ter mal onde sentar, eu imagino que se fosse com uma pessoa boa né, que não está doente, passar uma noite acordada, sentada, como não ia ficar agora imagina um doente, com um soro que não tem onde pendurar né, passar sentada ou deitada no chão, então são situações assim extremas e absurdas que a gente tem que passar diariamente né, muito complicado, não é a toa que é o segundo pior pronto socorro do Brasil. (Bianca)

Já aconteceram casos de pegar o paciente no chão, colocar na maca e quando está saindo com o paciente, pow (sic), a maca quebra. (Carla)

Às vezes é a única medicação do dia, é a única, e não tem, aí você chega para o paciente: “não tem”, e muitos deles compram fora, “não, vou lá comprar”, para poder administrar. Isso é ruim, fico triste, por que já pensou você tirar do seu próprio bolso para comprar aquela medicação que a gente devia ter né. É difícil. (Daiana)

Sobre esta condição Dejours (2011b, p. 371) afirma que a “má qualidade do trabalho remete o sujeito a uma experiência de práticas profissionais sem sentido, a uma vivência de absurdos”. Pode-se observar tais absurdos pelas falas acima, como pontuadas pela enfermeira Bianca que se percebeu pegando uma caixa de papelão para um paciente deitar-se. Ainda, nesse sentido, o autor diz que a qualidade do trabalho é uma condição para a saúde mental e a identidade singular dos agentes.

Em alguns momentos, os profissionais chegam a comparar a situação do PSRN com um “campo de guerra”, como se observa na fala abaixo:

⁹ A Declaração dos Direitos Humanos, em seu artigo 5º expressa que: “Ninguém será submetido a tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes”.

É, eu disse: eu preciso me preparar psicologicamente pra voltar, eu falo assim, um campo de concentração de guerra né. Por que aqui no PSRN, tanto lá na frente como quando você entra, até chegar aqui dentro é isso aí, é paciente no corredor, em cima de um colchão no chão mesmo. (Regina)

Quando foi realizada a entrevista, a profissional em questão estava retornando de suas férias e afirmou que teria se “preparado psicologicamente” para o retorno e ficou surpresa por ter encontrado um plantão mais tranquilo: “Hoje é um dia, assim diferente, porque eu não tenho nenhum paciente no corredor em maca, e tenho até vagas. Isso aí é raro acontecer”. (Regina).

As condições de trabalho do PSRN são adversas e associadas a um cenário de guerra, no entanto os profissionais resistem e encontram alternativas de amenizar a falta de materiais. Como os profissionais resistem em trabalhar nestas condições, mecanismos psíquicos são mobilizados pelos trabalhadores para aplacar a angústia de estarem impossibilitados de trabalhar num ambiente adverso a vida humana, nesse caso, o adoecimento poderia ser um recurso.

Sobre isto, os estudos de Barros et al (2007), Mauro et al (2010) e Martinato et al (2010) corroboram que a realidade do PSRN não é exclusiva deste local pois parecem ser características comuns no modo de funcionamento dos hospitais públicos do país. Nesse sentido, os autores aqui citados concluem que as condições de trabalho são uma das causas de adoecimento nesses locais.

6.1.2 Trabalho prescrito e trabalho real: “[...] a gente sempre dá um jeitinho, a gente sempre se vira”.

Na frase acima, Vitória fala sobre sua atividade no PSRN, um local com as condições físicas e materiais já expostas anteriormente e que, ainda assim, deve cumprir com sua missão de salvar vidas. Fica então a questão de como os trabalhadores conseguem executar sua atividade em ambiente tão inóspito.

Dejours (2012, p. 2) afirma que trabalhar é “modo específico de engajamento da personalidade para enfrentar uma tarefa definida por constrangimentos (materiais e sociais)”. Assim, o trabalho real sempre é diferente do que foi pensado de antemão, ou seja, do trabalho prescrito e essa distância é o caminho a ser percorrido pelos trabalhadores para a execução da atividade.

Ao pensar sobre essa dinâmica entre o trabalho prescrito e o trabalho real, buscam-se nos dados algumas falas que auxiliam a visualizar essa situação de quebra das normas e protocolos existentes no PSRN para ser possível trabalhar no real da atividade.

As normas de trabalho existem com a justificativa de padronizar a atividade para a realização de um trabalho mais efetivo ou, no caso em questão, garantir o bem estar do paciente. De modo geral, nas entrevistas com os gestores surgiram mais falas sobre essa questão enquanto os trabalhadores não se estenderam muito. Percebe-se, com isso a ausência de normas e protocolos no hospital que embasem oficialmente as práticas, os trabalhadores se guiam pelas normas da categoria profissional, como resoluções do Conselho de Enfermagem, e não especificamente da instituição.

Os gestores admitem essa ausência de protocolos, como podemos perceber na seguinte fala da gestora Sara: “A gente está construindo os protocolos, alguns protocolos a gente está construindo, tem alguns, mas outros a gente está construindo”.

A enfermeira Renata, que atua na UCE, também fala sobre isso:

Olha, todo hospital deveria ter em cada setor suas normas e rotinas, o PSRN ele ainda não tem. Por exemplo, a UCE tem sua norma e rotina fixada? Não tem. Está sendo feita, pelo menos o que a gerência de enfermagem me passou é que está sendo feito. Ainda não existe isso, é mais assim uma norma e rotina que já está estipulada assim, né, a gente, somos cinco enfermeiros então a gente tem muito contato um com o outro e a gente estabeleceu algumas coisas né, mas assim dizer que tem uma coisa assim olha é assim, assim, assim, ainda não tem. (Renata)

Na fala da enfermeira pode-se perceber então que na ausência de normas da instituição, os próprios trabalhadores se organizam por categoria para definir o modo de trabalhar. Parece que os enfermeiros são quem ditam o modo de atuar na assistência e isso pode ser percebido nas falas dos técnicos sobre a existência de rotinas no cuidado:

[...] eu não posso fazer uma medicação que não esteja prescrita, são com normas, eu só posso fazer o que está na prescrição dele. Tem horas que eles (pacientes) não entendem isso, acham que a gente que não quer fazer [...]. (Ingride)

O cuidado tem sempre, tem toda uma rotina, chegou, nesse horário tem que fazer isso tudo, é fechado por horário, então é assim. (Tania)

Pitta (1999), ao expor sobre a divisão de trabalho no hospital, afirma que existe uma separação na enfermagem de acordo com o nível de graduação, na qual os enfermeiros são responsáveis pela chefia e supervisão da equipe, enquanto os técnicos e auxiliares devem executar a assistência ao paciente. Segundo a autora, essa divisão separa a atividade de concepção e planejamento da execução.

Pela fala dos técnicos presume-se que a atividade de trabalho é controlada pelas regras que são cumpridas rigorosamente. Porém os gestores em algumas falas levam a perceber que mesmo quando existem regras, essas não são cumpridas de forma tão rigorosa:

[...] acabei agora de rascunhar uma portaria, para que seja colocada em vigor, que é justamente o que eles falam que o uso da rouparia verde, ela só pode ser utilizada pelos profissionais do centro cirúrgico. Que é uma preocupação, o centro cirúrgico é um local de maior importância, tem a questão do paciente, tem que ter uma questão

de desinfecção do material, da própria rouparia, então, assim, existem algumas rotinas que elas têm que ser cumpridas rigorosamente. E o que eu observei, se eu tenho uma norma que exige que o profissional que está dentro do centro cirúrgico tem que receber uma roupa e essa roupa tem que estar sendo lavada pela nossa lavanderia, ela tem que ser feita inclusive a secagem dentro de determinada temperatura, ser colocada dentro de um saco plástico e colocada lá no centro cirúrgico para ser utilizada pelo profissional. O que ocorre: muitas vezes ele utiliza, faz uma cirurgia e, às vezes, o profissional ele sai do centro cirúrgico e vai para casa, e o detalhe, vai para casa, vem para o hospital com a roupa verde, então é uma norma que é rigorosa e não está sendo cumprida. (Luis)

Então, existe essa regra para o uso de roupa exclusiva para o centro cirúrgico que os profissionais demonstram resistência em cumprir da forma como está no protocolo. Os gestores demonstram uma preocupação maior com o cumprimento das regras, principalmente para atender as exigências do Ministério da Saúde e órgãos fiscalizadores como a Vigilância Sanitária e a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

A gestora Sara cita um exemplo de situação de organização de normas internas do PSRN.

A gente observa assim, que as normas e rotinas de um setor, consta que tem obrigatoriedade em ter, até para protocolar mais ou menos e não ter divergências de setor. Por exemplo, quando o paciente do PSII adentra na sala de emergência, o paciente agrava e vai para a sala de emergência para ser entubado, ou alguma outra coisa, a gente fecha que a equipe do PSII que está levando o paciente ajude na entubação, no acesso venoso pélvico, que o enfermeiro do PSII já passe as sondas precisas, prepara o paciente aí fica aos cuidados da sala de emergência, para que um setor não largue o paciente naquela confusão, né. Aí tem que estar escrito essas coisas, né, para que ficar comum entre ambos e não ter problema. Aí o pessoal do PSII às vezes reclama que o pessoal da emergência não ajuda porque o pessoal do PSII não sabe onde estão os materiais na sala de emergência, aí a gente tem que sentar com o pessoal: vocês tem que ajudar, eles não podem largar, mas também não podem fazer tudo só por que o paciente era oriundo do PSII, mas ele no momento tá na emergência, a equipe do PSII não sabe onde estão os materiais da sala de emergência. Aí, vez ou outra, tem um conflitozinho, paciente que era do PSII e está agora na emergência às vezes vai a óbito, mas ele agora é da emergência, a equipe da emergência chama o pessoal do PSII pra fazer o pacote. (Sara)

Nesse depoimento, pode-se perceber o anseio por organizar a atividade através de protocolos, que sempre demonstram a necessidade de alterações visto que, geram conflitos em alguns momentos. Sara enfatiza preocupação com o cumprimento destas normas devido às atuais condições de trabalho a que são submetidos os trabalhadores: “Como é que eu vou dar uma assistência para a pessoa sem ter as condições [...]”.

Ela fala do conflito gerado entre o trabalho prescrito e o real, de um lado as normas que deveriam ser seguidas, no entanto, impedidas pela falta de condições de trabalho. Sara denuncia o sofrimento vivenciado no desenvolvimento de sua atividade:

Todas as técnicas que a gente aprende, às vezes, na academia ou no curso técnico ou no auxiliar, muitas vezes a gente não consegue realizar a contento, como manda, devido justamente, às vezes, às condições mesmo do trabalho. Às vezes a gente aprende na faculdade, por exemplo, quando a gente está estudando, uma cama de um

paciente tem tantos lençóis, tem a cama de operado, a cama aberta, a cama fechada, cada uma dessas é uma técnica para arrumar, às vezes a gente se depara com uma situação que nem lençol tem. (Sara)

Dejours (2012) afirma que existe um espaço intermediário entre a vivência do real e o encontro de uma solução para a execução da atividade e essa lacuna é de sofrimento, mas somente com a resistência ao sofrimento é possível chegar a alguma solução.

Assim, a atividade real no PSRN passa por esse drama de tentar cumprir as normas, mas sem as condições ideais para tanto. A gestora Sara fala da dificuldade em organizar a escala seguindo o dimensionamento ditado pelo Conselho de Enfermagem, porém sem a quantidade de profissionais suficientes para cumprir as condições. Assim como demonstra entender a situação dos profissionais que tem de cumprir as técnicas do ofício sem terem os materiais necessários. Uma situação vivenciada cotidianamente pelos trabalhadores, como podemos perceber nas seguintes falas:

Eu estou com um pacote de gases pra fazer um curativo enorme, e aí? Eu abro o curativo e deixo o cara exposto para dizer eu dei uma lavada ou deixo fechado para fazer amanhã? [...] Deixo fechado para fazer amanhã, porque se eu abrir e deixar ele exposto ele vai se contaminar e vai morrer. (Ingride)

[...] acho praticamente impossível a gente conseguir acomodar todo mundo, às vezes eu me pego assim imaginando como se você tivesse uma casa pequena recebendo uma grande família daí você tenta acomodar e vai tentando, vai tentando estabelecendo as prioridades, normalmente os idosos, assim são os que mais comovem a gente, idosos e crianças. (Bianca)

É difícil, não é o trabalho em si, não é difícil, por que você aprende em sala de aula você aprende para quando chegar ao ambiente de trabalho é diferente, por que, nós sabemos aqui, eu e minha colega, por que não tem material, tem as dificuldades de materiais, então assim tu fazes o impossível para dar aquela assistência para aquele paciente [...]. (Daiana)

Para fazer da forma como é o certo a gente não dá conta, porque como te falei, são pacientes graves que tem lá e precisariam de alguns cuidados mais intensivos e a gente não dá conta, como verificação de sinais vitais de duas em duas horas, cuidado de UTI que lá como eu te falei está sobrecarregado, não tem como estar verificando de duas em duas horas, e lá só tem um aparelho para atender toda essa demanda, entendeu. (Naiara)

Aí a gente vai procurando os mais graves, os que estão mais próximos, mas não tem como chegar e dar uma assistência boa para 30 pessoas, 17. É um absurdo. (Paula)

Percebe-se, também, que para conseguir garantir a assistência necessária aos pacientes do PSRN, os trabalhadores têm que quebrar algumas regras e protocolos. Os profissionais se vêem frente à necessidade de tomar decisões que envolvem a vida do paciente, diante dos riscos eminentes de morte têm de tomar decisões, situação que os colocam diante de um sentimento imobilizador, principalmente porque são conhecedores das suas consequências. Os depoimentos abaixo mostram as situações limites que vivenciam:

Eu prefiro fazer faltando alguma coisa, uma hora ou outra contaminar do que eu não fazer e saber que o paciente vai piorar. Tem horas que a gente contamina com certeza não dá para ficar estéril o resto do dia [...]. (Ingride)

Tem a sala da ortopedia que não pode por paciente, mas se chega um senhor de oitenta anos que não tem como deitar em um colchão no chão, não vejo por que não deixar ali, se eu oriento ele e o acompanhante que quando o médico chegar para examinar um paciente tem que levantar, então pensa bem, vai ter que levantar mas pelo menos ele está em um lugar com ar condicionado, fechado, com um mínimo de conforto, mas os médicos não deixam, não deixam de jeito nenhum, eles descontam em cima da gente sabe. Isso é revoltante porque eu acho que se o mínimo a gente pode fazer, por que não fazer, por que não quebrar alguns protocolos já que a gente quebra inúmeros diariamente, né, por que não? (Bianca)

Eu não consigo fazer vista grossa para as coisas básicas embora tenha que fazer vista grossa para muitas (risos), mas coisas que não vão trazer prejuízo nenhum para o paciente porque aquilo que vai trazer prejuízo eu cobro. (Bianca)

Dejours (2012, p. 2) afirma que “é impossível atingir a qualidade caso se respeite à risca as prescrições”. A enfermeira Bianca, que atua no PSI, cita exemplo de como lida com sua equipe de trabalho quanto a essa questão do cumprimento de normas:

[...] a minha equipe mesmo é uma galera bem tranquila que a gente já tem um pouco mais de intimidade né, eu brinco com elas "gente eu vou dar chocolate, mas faz o relatório de enfermagem hoje bem bonitinho", aí trazem tipo "paciente recusou soro", "paciente recusou medicação" e eu "gente isso não é relatório", e não fazem, não adianta, se for cobrar isso vai gerar um clima ruim e não vão fazer, não adianta. Outra coisa, desprezar a diurese dos pacientes que estão com sonda, um ou outro faz assim, e, se eu for fiscalizar ao pé da letra, isso vai gerar algum estresse, e eu não tenho tempo também para isso. [...] Eu vejo, acho que não compensa criar briga contra isso, mas todo mundo sabe das suas obrigações. Já outra coisa que eu não deixo passar é a questão do dreno, quando o paciente está com um dreno de tórax, às vezes tem que fazer a rotina de dreno duas vezes por dia, então, às vezes, o técnico me enrola, some, tal, eu vou lá e pergunto "e aí trocou", "não", "acha o fulano aonde ele está e peça para ele trocar", porque isso já pode gerar prejuízo para o paciente né. [...] são coisas assim que a gente vê as prioridades daquilo que a gente pode fazer vista grossa e aquilo que não. (E. Bianca)

A enfermeira expõe a necessidade de fazer vista grossa para algumas falhas no cumprimento das normas devido justamente às condições de trabalho no PSRN. A partir de Dejours (2012), entende-se também que esse fazer “vista grossa” acaba por se tornar uma regra de trabalho que possibilita o viver junto da equipe.

Tal situação pode ser também interpretada como uma estratégia de enfrentamento da profissional frente as dificuldades nos relacionamentos com a equipe e, também, devido as condições de trabalho do hospital.

Esses reajustamentos necessários entre o que deveria ser feito e o que realmente é executado é uma parcela do trabalho que cabe aos operadores. É necessário o uso da criatividade para a realização da atividade, mas quando essa distância é negada então ocorre um sofrimento, pois essa distância é sentida como um fracasso. Assim, observa-se que essa

situação acaba por influenciar também na saúde dos trabalhadores, como nos mostra o relato abaixo:

[...] com o desenvolvimento do serviço você tenta resolver os problemas que aparecem durante o plantão, você não consegue entender, e aí você já entra num conflito com a instituição, com o serviço também por que não te oferece uma estrutura adequada para você trabalhar, entendeu. Então isso é muito complicado, poxa como é que eu vou passar uma sonda vesical, que é um procedimento estéril, se eu não tenho uma luva estéril para eu trabalhar, entendeu, isso é complicado e aí vou ter que contaminar meu procedimento entendeu, e aí o paciente como é que ele vai responder a isso, como é que ele vai reagir, o organismo dele, o bem estar dele, isso é preocupante. (Nelson)

Percebe-se na fala que essa situação é desagradável para os trabalhadores. Sobre isso, Dejours (2012, p. 3) afirma que o real do trabalho só pode ser conhecido pelo sujeito através do fracasso que provoca a manifestação de sentimentos de “impotência, ou de irritação, de raiva ou ainda de decepção ou de desamparo”.

A atividade real dos profissionais de enfermagem no PSRN passa pela necessidade de salvar vidas ou garantir minimamente uma assistência adequada aos pacientes. Há necessidade de tomar decisões, de agir nas diversas situações que surgem em um hospital. A enfermeira Bianca fala sobre o drama entre ter que realizar uma atividade considerada errada tecnicamente, mas que acontece devido a falta de instrumentos e ferramentas de trabalho:

Não raras vezes você vê o soro pregado na parede. É certo? Não é, muitas vezes tem uma galera que se recusa, "não tem suporte não vou fazer". Eu tenho direito de cobrar que está errado? Não tá. Muitos pegam, "ah não, eu não tenho coragem de deixar o paciente", aí é o lado humano que fala mais alto. Tudo que a gente se recusa a fazer, tudo que a gente cobra, de certa forma culmina com o pobre do paciente que não tem nada a ver com o fato. (Bianca)

Os improvisos na execução das atividades são frequentes, como demonstram as falas abaixo:

[...] a gente sempre tem que fazer uma gambiarrazinha para dar certo, para atender melhor o paciente. (Amanda)

[...] a gente sempre dá um jeitinho para o que tem e para o que não tem. A gente tem que dar um jeito de melhorar, querendo ou não. Não tem mais condição, não tem isso, não tem aquilo, mas a gente sempre dá um jeito, a famosa gambiarra que a gente consegue fazer. (Vitória)

[...] muitas vezes a gente vai, faz essas, dá esses jeitinhos brasileiros por falta de material, por falta de equipamento [...]. (Bernardo)

[...] você precisa de uma cadeira de roda, você pode, está toda arrebitada, tem um banquinho dessas cadeiras aqui, a gente improvisa. (Ana)

[...] um material pode virar outra coisa, a gente transforma, improvisa o material em outra coisa e utiliza do mesmo jeito e vai passando o tempo, os pacientes vão saindo, uns não resistem mas não é por falta de assistência da gente, às vezes é por falta de material, de outras coisas mas a gente faz o que pode. (Paula)

[...] acho que depois do estresse a palavra chave do hospital de modo geral é improviso [...]. (Bianca)

“[...] falta material, às vezes, e a gente acaba tendo que fazer umas gambiarras para conseguir dar uma assistência adequada para o paciente [...]”. (Renata)

Observa-se que é necessária astúcia dos trabalhadores para conseguirem atingir os objetivos da tarefa. Dejours (2011e, p. 323) em suas pesquisas considerou que a fraude, ou no caso aqui citado os improvisos, são “procedimentos que permitem alcançar um objetivo, afastando-se da regra, sem, contudo trair os princípios”. Esse improviso aparece não como escolha dos trabalhadores, mas sim pela necessidade de ter que realizar o trabalho:

Aqui o pessoal é o rei do improviso, nada conecta com nada como deveria conectar, então, tem que cortar e eles sabem isso mais do que ninguém sabe, são os reis da gambiarra e se não for assim acaba culminando no paciente né. Se a gente exige os nossos direitos e começa a se recusar a fazer aquilo que não, se não tem material, vamos dizer. Quem é o maior prejudicado? O paciente, porque o nosso salário tá na conta, o nosso ponto tá assinado. (Bianca)

[...] você tem que trabalhar com o que você tem. A tua decisão é em cima do que você tem. Não adianta você querer tomar uma decisão puramente técnica, puramente eficaz se você não tem os meios e as condições necessárias né, ou seja, se você não tem a sonda ideal, a 16, você vai ter que usar a 18, talvez até a 20. (Antonio)

Você tem que pendurar o soro de um paciente na parede com esparadrapo, por que? Por que não tem um suporte de soro. Com certeza isso é ruim, é ruim para o paciente, é ruim para você, né, até para as paredes do hospital é ruim, porém, se a gente não fizer isso o paciente vai ficar sem o soro. (Bernardo)

Dejours (2012, p. 32) afirma que “trabalhar bem implica infringir as recomendações, os regulamentos, os procedimentos, os códigos, os termos de referência, a organização prescrita”. Observa-se que, no PSRN, essa necessidade de improvisar aparece nos discursos em alguns momentos como uma criação no trabalho e sendo parte da atividade da enfermagem:

A gente tenta fazer o que a gente pode, pelo menos no que se trata do emergencial, do necessário. Assim, porque, a enfermagem ela é arte, a gente aprende a teoria tudo certinho, mas a prática, você entra na prática e você tem que criar, você não tem o material ali, você vai ter que criar pra poder prestar o cuidado ao paciente, e, é nessas condições que você trabalha. (Regina)

Dejours (2012) afirma que enfrentar o que ainda não está dado pela organização (prescrita) do trabalho diz respeito à mobilização da inteligência criativa. Isso é o fator positivo do trabalho, porém, essa criação também surge ligada a um sacrifício dos trabalhadores para conseguirem executar sua atividade:

Por que o certo é a gente fazer da maneira, as técnicas do jeito que a gente aprende, mas devido à necessidade você tem que criar, o paciente tem que ser assistido e o procedimento tem que ser realizado. Então você tem que criar e isso aí você perde tempo atrás de material, uma conexão que não tem centro, você tem que ir atrás de uma outra coisa, entendeu, e, você perde tempo e, às vezes, também o paciente perde

com isso, por que não está sendo feito da maneira que deveria ser, mas a gente tem que fazer, o paciente precisa. (Regina)

Só a gente sabe o quanto a gente se esforça pra ajudar ele, para estar aqui, por que é cansativo, para estar colaborando com os colegas, se ajudando, por que falta isso, falta aquilo e a gente sempre dá um jeitinho. (Vitória)

Substituir, remanejar, faz o que for possível. O dia a dia está cheio de coisa, ou seja, o paciente precisa ser puncionado, ou seja, fazer uma venopulsão, o ideal é que se fizesse no leito com o funcionário em condições ergométricas necessárias, você faz isso no chão, de cócoras. Mas não tem que fazer? Compromete? Compromete, mas você tem que fazer. (Antonio)

Em alguns momentos os profissionais compararam trabalhar nessas condições com o cenário de uma guerra:

[...] a gente fala que a gente trabalha em regime de guerra né, a gente faz o que pode na verdade. (Nelson)

Eu me sinto uma guerreira trabalhando no PSRN, porque é um desafio a cada dia. Aqui você nunca sabe o que vai acontecer, você entra no PSRN, tipo assim, preparada para tudo, tudo mesmo, porque tudo pode acontecer nesse PSRN. (Daiana)

É como se a gente fosse a linha de frente, leva logo as rajadas [...]. (Ingride)

É eu disse: eu preciso me preparar psicologicamente pra voltar, eu falo assim, um campo de, uma concentração de guerra né. Porque aqui o PSRN, tanto lá na frente como quando você entra, até chegar aqui dentro é isso aí, é paciente no corredor, em cima de um colchão no chão mesmo. (Regina)

Alcântara (2005), em sua tese de doutorado sobre o gerenciamento do cuidado em situações de guerra, afirma que no cenário de guerra os espaços não são adequados, as enfermarias são improvisadas e a equipe de enfermagem deve estar preparada para atuar de imediato quando solicitada. Sobre a atuação da enfermagem nessa situação, a autora afirma que “fatores como observação rigorosa, criatividade e decisão serão sua bússola para cuidar: terá que ser ágil na observação do todo e das partes e quando agir não poderá contar com instrumentos de uso diário e comuns na enfermagem hospitalar [...]” (ALCANTARA, 2005, p. 99).

A partir do estudo de Alcântara (2005) e das falas dos participantes da pesquisa, percebe-se que o cenário do PSRN realmente é bem próximo do cenário da enfermagem em uma situação de guerra. Ao fazer uma comparação entre a atuação do enfermeiro hospitalar e o enfermeiro em cenário de guerra, a autora afirma que o profissional no hospital, “[...] com certeza tem mais segurança, recursos e não precisa ultrapassar os limites de suas atribuições” (ALCANTARA, 2005, p. 149). Observa-se que essa expectativa em relação ao trabalho no hospital não é contemplada no PSRN onde os profissionais cotidianamente ultrapassam os

limites de suas atribuições para conseguirem prestar a assistência aos pacientes sem as condições adequadas.

Alcântara (2005) afirma ainda que, no cenário de guerra, muitas vezes o anormal passa a ser o normal. Quanto ao PSRN, percebem-se algumas situações nas quais parece que fazer algum procedimento fora do protocolo acaba por se tornar uma regra no hospital, como se pode perceber no discurso do técnico Bernardo e da técnica Carla no grupo:

[...] o errado aqui dentro do PSRN ele é cultivado por tanto, tanto, tanto tempo que as pessoas chegam e veem aquilo errado e aquilo errado com o tempo ele se concretiza como certo [...]. (Carla)

[...] as pessoas que chegam elas já chegam com aquilo, então elas se conformam (...). (Carla)

[...] você aprende algumas realmente aqui no PSRN, mas você também aprende muitas coisas erradas que não deveria estar acontecendo né. (Bernardo)

Dejours (2011e) fala sobre esse tipo de situação como um sofrimento ético, o silêncio dos trabalhadores quanto às fraudes realizadas e que fazem com que o trabalho perca a sua qualidade. Desse modo, também se observam situações nas quais existem o material e as condições e, mesmo assim, o procedimento não é realizado como deveria ser tecnicamente. Como se percebe nas seguintes falas:

Aqui eu vejo que a galera, mesmo aqui no chão, mesmo tendo que arrastar maca, atendendo nos corredores, às vezes desenvolve melhor, tem mais boa vontade do que lá (nas alas) que de repente tem mais condições, tem enfermaria, menos pacientes. (Bianca)

[...] eles não colocam os fixadores, aí você chega e cadê os fixadores desse cara e ele diz ah! não, não colocaram, coloca tala. Uma tala não vai segurar, aí depois de um mês dizem para levar e colocar um fixador, eu falo “pô porque não colocou quando o cara chegou?” Se tem o material lá. Devia ter colocado, evitaria um transtorno e teria melhorado antes, mas não. Aí ao invés de o cara ficar aí um mês vai ficar dois meses ou mais [...]. (Ingride)

[...] a gente observa assim, para melhorar alguma coisa, tem que ter a contratação de mais recursos humanos, né. A gente escuta todos os dias, quantidade não é qualidade. Eu concordo, às vezes a gente, em alguns setores, aumentou a equipe, pela necessidade do serviço, para amenizar um pouco e observa, às vezes, que a qualidade decaiu. Você entendeu? (Sara)

[...] às vezes alguns profissionais querem resumir a enfermagem a administrar medicamento, né. A simples visita aos seus pacientes para se apresentar: olhe eu sou a técnica de enfermagem Maria, eu que estou cuidando do senhor, o senhor está aqui mas meu posto de enfermagem não é esse aqui não, eu estou lá do outro lado, meu nome é Maria e qualquer coisa o senhor me procure. Ela não vai ter como ficar lá e o posto de enfermagem é do outro lado do hospital, mas isso aí já humaniza, pelo menos a referência que aquele familiar daquele paciente vai procurar. Muitos não estão fazendo isso. (Sara)

Barros et al (2007, p. 200) em sua pesquisa com trabalhadores da saúde, concluem que “a naturalização das condições precárias de trabalho promove comodismo, um acostumar-se

com a situação, apesar do sofrimento, desgaste, desânimo e distanciamento de um trabalho inventivo que pode ser acionado”. Entende-se então que esse posicionamento dos trabalhadores é um indicativo de sofrimento por conta das condições de trabalho.

Dejours (2011e) afirma que a fraude é uma forma de regulação coletiva do trabalho e que, eventualmente, acaba por substituir a organização prescrita. Nessa direção os trabalhadores constroem um estilo de trabalhar característico de cada equipe.

O mesmo autor sustenta que trabalhar é também viver junto e, para isso, é necessário que os trabalhadores cheguem a alguns acordos referentes às maneiras de execução da atividade. Porém essa mobilização dos trabalhadores necessita de uma retribuição da organização do trabalho para evitar a desmobilização do coletivo e o aumento do grau de sofrimento (DEJOURS, 2012).

O modo como cada um tem de atuar nas adversidades no PSRN acaba gerando sofrimento para os trabalhadores, como se pode perceber em algumas falas:

Quando as coisas ficam empacadas, muitas vezes ficam empacadas lá não é nem por causa da gente né, que não correu atrás, muitas coisas não dependem só da gente, principalmente assim vaga de UTI, nossa muitas vezes eu saio frustrada de lá, por que ligo, ligo, eu sei que o paciente precisa de uma vaga na UTI porque se não ele vai morrer, e quando eu volto no outro plantão e sei que ele morreu eu fico triste. (Naiara)

[...] se tem uma cobertura que eu sei que vai puxar e não vai doer por que eu vou colocar uma que vai doer? Porque o governo não me dá material e aí? Se eu colocar tipo uma gases sem cobertura vai grudar, agora se eu colo com cobertura não gruda. Então a pessoa sofre uma dor que ela poderia não sofrer se a gente tivesse material e isso deixa a gente assim, porque se ele passar a dor ele vai achar que a gente que está provocando a dor dele e não é necessário que eu faça aquilo. Isso é um pouquinho chato, incomoda. (Ingride)

Esse sentimento de frustração aparece em algumas falas sobre a dificuldade de execução da tarefa, explicitado não somente pelos trabalhadores, mas também pelos gestores.

[...] frustração acho que seria a palavra mais adequada para a gente usar nesse momento, porque você sai da faculdade aprendendo como que você deve conduzir a assistência de um paciente, como é que deve ser o cuidado, isso é muito bonito, isso é muito lindo né, por que você vê na literatura que a gente tem uma recuperação muito boa, você tem uma qualidade, um prognóstico melhor para esse paciente. E quando você chega aqui no serviço e você não consegue desenvolver plenamente todas essas ações, todos esses conceitos, é frustrante para você que não conseguiu realizar aquilo que você planejava, é complicado para o paciente que não recebeu isso e ele precisa dessa assistência, é frustrante para a família porque ela espera que a gente dê o máximo para aquele paciente, espera que o seu ente querido volte logo pra casa entendeu, para estar junto dos seus, e a gente sabe que muitas vezes isso não acontece, algumas vezes isso não acontece né. E eu acho que é frustrante para a sociedade porque ela não está exercendo, ela não está disponibilizando meios para que isso de fato aconteça né, então é bem complicado isso, é desestimulante entendeu. (Nelson)

A gente observa muitas vezes a desmotivação, o cansaço mesmo dos profissionais, físico e mental. Muitas vezes nós temos muitos projetos, nós temos muitas

comissões, muita coisa para fazer, mas a gente cai na questão que não tem RH, isso frustra um pouco, você saber o que fazer você ter tudo para fazer e você não conseguir fazer por isso, coisas que você sabe que vai melhorar. [...]. (Sara)

A gestora Sara exemplifica uma situação na qual começou a realizar uma atividade visando instituir normas para os profissionais, mas teve que parar devido à falta de recursos humanos para por em prática mudanças:

[...] a gente montou uma comissão de curativo, ajudou muito, a gente fez vários treinamentos com o pessoal, o pessoal procurava muito. Foi montado o protocolo de curativo do PSRN, revisado por professoras universitárias da UNIR, Mestres, especialistas da sociedade brasileira de feridas e estética, está todo revisado nosso protocolo. Começamos a implantar, mas eu tive que tirar a enfermeira do curativo pra o NEP (Núcleo de Educação Permanente), porque o NEP já abrange curativo e outras coisas. Já é uma tristeza, quando as coisas começam a andar, não tem recurso humano aí tem que parar, mas assim, para você ver, aí quando tem a comissão montada, a gente consegue material, consegue justificar tudinho, mas a gente se depara também com a falta de recursos humanos [...]. (Sara)

Observa-se a impossibilidade da gestora em elaborar as prescrições. Dejours (2011b) afirma que a organização do trabalho é repleta de contradições e que as prescrições, em determinados momentos, acabam por levar à desorganização. Na fala de Sara, observa-se a contradição em querer elaborar um protocolo com especialistas na área mas que está distante da realidade do PSRN, tão distante que não foi possível colocá-lo em prática.

Dejours (2011b) enfatiza que a organização do trabalho real se afasta das prescrições e aparece como um produto das relações sociais. O trabalho real é construído a partir de compromissos entre todos os agentes envolvidos e não somente com base em argumentos técnicos.

Na atuação em um cenário de guerra não existem protocolos formais de cuidado e o profissional já está ciente que deverá lidar com situações nas quais deve decidir como a assistência será realizada (ALCANTARA, 2005). Porém, os pacientes do PSRN não vêm de uma guerra e, apesar disso, os trabalhadores do hospital trabalham em um ambiente degradante, sem condições físicas e materiais adequadas e correndo riscos eminentes de adoecimentos.

De modo geral, observa-se a necessidade de valorizar esse empenho dos trabalhadores em cumprir com a assistência sem disporem das condições mínimas para tanto. Pitta (1999) afirma a importância de se valorizar inclusive as “tecnologias informais e domésticas no desempenho das atividades” tendo em vista a distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real.

Além dessa importância no reconhecimento do trabalho desses profissionais, compreende-se essa situação como uma banalização do mal. Para Dejours (2006, p. 76), a

banalidade do mal “diz respeito à maioria dos que se tornam zelosos colaboradores de um sistema que funciona mediante a organização regulada, acordada e deliberada da mentira e da injustiça”. Considera-se que a realidade vivenciada no PSRN também pode ser considerada como uma situação de injustiça social, tanto para os pacientes quanto para os trabalhadores daquele local.

6.1.3 Relações de Trabalho: “A pessoa que ela está doente, ela está com dor, ela quer se livrar da dor, ela quer ficar boa, então ela fica estressada, estressa a equipe”.

O técnico Bernardo fala acima sobre a dificuldade em se relacionar com o paciente devido a própria condição do adoecimento. Durante as entrevistas e grupos focais surgiram muitas falas sobre as relações vivenciadas no trabalho, entre a equipe e os pacientes e acompanhantes, mas, também, entre os colegas do hospital.

Pitta (1999) afirma que as relações no hospital são mediadas por sentimentos como depressão e ansiedade dos pacientes e acompanhantes os quais cabe aos trabalhadores lidar com tudo isso como parte da execução de suas responsabilidades. A equipe de enfermagem são os trabalhadores que estão em contato direto e contínuo com os pacientes, e essa relação é permeada por conflitos, principalmente pela presença dos acompanhantes dos pacientes. Muitos trabalhadores falaram sobre o fato dos pacientes e acompanhantes projetarem na enfermagem a culpa em relação às faltas do hospital:

É muito complicado, por que assim a gente observa que a enfermagem é sempre quem dá a notícia ruim para o paciente, é sempre a gente que fala que o médico não vai ver, sempre a gente fala que não tem leito, que não tem colchão [...]. (E. Bianca)

Fica difícil para nós, triste, dá assim uma tristeza por causa disso, eles acham que a culpada é tu, tu que não quer fazer teu serviço, é isso que eles falam você está com preguiça e não entende que não tem material, não tem para tu realizar aquele procedimento. Então, assim, a tristeza é essa, porque eles ficam cobrando, são doze horas de cobrança, e doze horas você falando a mesma coisa: não tem, não tem, não tem, não tem. (Helena)

A equipe da enfermagem é culpada de tudo que acontece de errado com eles. Eles acham que a enfermagem que está causando aquele sofrimento nele, ele nunca pensa, tipo assim, o que realmente está por trás, jamais, sempre é só porrada, porrada, porrada. (Daiana)

Nós que somos da enfermagem é que damos a cara à tapa o tempo todo, o médico vem passa a visita, fica meia hora, uma hora no máximo no hospital e vai embora, a gente não, a gente fica doze horas aqui. Alguns plantões até de 24 horas dentro do hospital, a gente que tem a continuidade com o paciente, sabemos a evolução do paciente. (Bernardo)

[...] na falta do médico é sempre o enfermeiro, independente dele ser realmente o enfermeiro chefe da equipe ou ele ser o técnico de enfermagem, ele tem que dar uma solução se o paciente está com dor, se o paciente fez o curativo, se o paciente está com uma cama, se o paciente não está recebendo um bom atendimento né. (Carla)

A gestora Sara também comenta sobre essa situação:

[...] a enfermagem em si, ela acaba sendo um saco de pancadas de todo mundo. Por exemplo, se o banheiro da enfermaria três não está funcionando é à enfermagem que as pessoas recorrem aí a gente avisa a manutenção né. Se o laboratório atrasou a glicemia e a enfermagem não pode administrar a insulina, a culpa é da enfermagem porque atrasou a insulina, mas foi o laboratório que não né. [...] Você imagina um paciente vir para internar e pedir só um cantinho pra deitar, né. Três horas da manhã, um senhor idoso precisa tomar um sangue, uma venopse, olha não tem onde eu sentar. A enfermagem que acolhe, olha para os quatro cantos e não tem nem um canto de parede para aquele paciente sentar, e aí a culpa é da enfermagem que não arranja um canto, ou seja, às vezes a enfermagem acaba sendo o saco de pancada de todo um sistema de saúde, todo o sistema acaba recaindo devido estar 24 horas lá de cara, né, e muitas vezes não tem a voz de falar, não tem a voz de falar. (G. Sara)

Percebe-se nessas falas um sofrimento pelo fato desses trabalhadores estarem nessa posição de frente em relação ao público do hospital e acabarem por receberem todas as queixas quanto às dificuldades da instituição e, que na maioria das vezes, os trabalhadores também não podem modificar a situação. Dessa forma os profissionais acabam por desenvolver uma relação conflituosa com os pacientes e acompanhantes, como observa-se nas seguintes falas:

[...] acho que a pior parte é os acompanhantes. Porque são situações tão delicadas que os acompanhantes eles, todo mundo tem a sua prioridade, só que você não vai entender que a sua dor não é urgente e tem outro paciente que é mais grave e eu tenho que atender aquele primeiro né. Sempre a nossa dor é maior que a do outro, isso toda a vida, se fosse comigo também seria assim né, mas você tem que estabelecer as prioridades. (Bianca)

[...] é um estresse também quando a gente se debate muito com o acompanhante por que eles querem o melhor para o paciente dele e nem sempre a gente pode dar né. (Renata)

Aí você vai explicar a situação para o paciente ou para o acompanhante dele e ele não entende, ele acha que é você que está com preguiça de levar o doente dele, mas não é, não tem como, eu não vou carregar o paciente no meu colo para fazer os exames né se não tem uma maca, não tem uma cadeira. (Daiana)

[...] mas os acompanhantes acho que por ser família ficam muito aflitos, então qualquer coisa que a gente faz ou se deixa de fazer alguma coisa, para eles a pessoa vai morrer e não é...tipo, são 10 horas e ainda não fez o curativo, sim eu vou chegar na tua enfermaria, até chegar lá é um corredor gigante até chegar lá no fim vai ter que esperar um pouco mais. Tem hora que eles não entendem acham que o dele é melhor que o do outro e tem que dar atenção para o dele e esquecer-se do outro. Tipo assim como tem o dele que ele quer atenção o outro que também quer e tem horas que o outro necessita mais então vai ter mais atenção que o de cá e eles não entendem isso, aí tem horas que isso gera algum conflito e para eles o pessoal da enfermagem é tudo obra do diabo então vai tudo morrer. (Ingride)

[...] às vezes, você aguenta, é, sobrecarga dos acompanhantes, dos pacientes, você é um escudo para isso né, até chegar ao enfermeiro ou até chegar ao chefe do enfermeiro, somos nós que somos o escudo, o escudo do que falta de suporte material, do suporte, de suporte psicológico, disso que falta por que eles acham que a gente que tem que dar conta, que nós é que resolvemos tudo né. (Helena)

[...] a gente sofre aquele estresse, não só do paciente, mas do acompanhante que quer resultado [...]. (Amanda)

Sobre toda essa culpa projetada nos trabalhadores, Rollo (2007, p. 20) afirma que “ações da mídia e discursos de porta vozes dessa política têm, reiteradamente, apresentado os funcionários públicos como os principais culpados pela ineficácia dos serviços públicos, o ‘bode expiatório’, e como tal não devem e não podem ser valorizados e bem cuidados.”

Além das dificuldades no relacionamento por conta de situações próprias da instituição, ainda observa-se conflitos oriundos da relação do cuidado, como se percebe na entrevista com a técnica Ingride:

[...] tem paciente que recusa o tratamento a gente fala vou te aplicar tal coisa, não, não quero tomar, Se você não tomar você não vai melhorar, não importa mesmo assim eu não quero. Eu digo “pô então por que o cara vem para o hospital? Pra ficar me olhando não tem graça né?”. (Ingride)

[...] tem outros (pacientes) que caçam confusão, querem que a gente fique brigando, a gente não dá bola e eles param [...]. (Ingride)

O pessoal mais legal assim é esse que não destrata, eles (pacientes) aceitam o que a gente vai fazer. Tem pessoas que a gente vai fazer uma pulsão e acham que a gente vai matar ele [...]. (Ingride)

Na mesma entrevista, a técnica fala também sobre outros aspectos desse contato com paciente e acompanhante:

[...] eles (pacientes) falam bastante, eles gostam de contar “o meu acidente foi assim, minha perna virou um S”. É divertido conversar com eles, eles se sentem melhor, passam o dia mais tranquilo, bem melhor pra eles. (Ingride)

[...] eu digo “oh a gente não tem material, a gente devia usar isso aquilo, mas não vai ter como e eu vou usar esse outro que não vai ser tão bom, mas que vai te ajudar”. (Ingride)

Observa-se então que a relação entre a enfermagem e o paciente é contraditória pois ao mesmo tempo que é fonte de conflitos também é fonte de satisfação. Alguns trabalhadores falam da busca pelo reconhecimento do trabalho pelos pacientes e acompanhantes:

Reconhecimento. O reconhecimento isso aí é uma questão que falta para os trabalhadores de saúde, principalmente na nossa área não nos é permitido errar. Então a regra é 100%, fez 99 não vale e a população está com a reguinha na mão né, então exige 100%. E também não tem como ser diferente né, por que alguém que está cuidando do seu pai você não pode achar que ela vai cuidar só 99, você quer que ela cuide 100. Em compensação esquece que para você fazer alguma coisa assim possível, 100% possível, você tem que ter os meios e as condições necessárias. (Antonio)

[...] esse obrigado que eles estão dando sempre se volta ao médico. “ah, aquele médico ali me salvou”, enquanto ele não sabe que o médico vem ali faz um atendimento, vai embora e quem fica ali cuidando mesmo às 24 horas, 12 horas do dia, somos nós [...]. (Carla)

[...] quando a gente faz alguma, quando a gente consegue mesmo com o jeitinho brasileiro fazer alguma coisa, ele fala “você não fez mais do que a sua obrigação, eu te pago para isso”. (Bernardo)

Quanto ao relacionamento entre os trabalhadores, dizem ter uma boa convivência com a sua equipe de trabalho:

[...] a minha equipe, eu sempre me relacionei bem, por que eu não sou daquela pessoa que fica só sentada pedindo. Então, o que eu tenho condições de ajudar eu levanto, vou lá e faço, entendeu, e isso aí para eles é bom, entendeu, porque tem colega que só pede, pede, pede, entendeu. E a gente se envolvendo com a equipe, o trabalho anda, flui bem, a gente se entende bem. (Regina)

Minha equipe é um aspecto positivo, porque é uma outra, uma e outra se ajudam, é uma pessoa que está precisando, ela vai fazer isso, faz um pequeno serviço, monta, duas, três, então, por equipe (...) (Helena)

[...] na minha equipe, nós somos todos unidos. Não são todos é claro, porque eu já participei de equipes que não são, mas a minha é. (Ana)

[...] pelo menos eu falo pela nossa equipe, a gente recebe juntos, a gente não fica separados. (Joana)

[...] as pessoas que eu trabalho atualmente, praticamente são as pessoas que eu conheço já ao longo desses oito anos. Então são pessoas que eu já me relaciono profissionalmente com eles e eles já têm toda essa concepção de como isso funciona né. Então eu consigo, entre aspas, interagir com a equipe. (Antonio)

[...] a equipe, eu acho que devido às condições que a gente trabalha lá, são muito, um ajuda o outro, são muito mútuos né, são bem colaborativos o pessoal, trabalho em equipe. Não tenho o que reclamar da equipe assim não. E foi um pessoal muito acolhedor quando eu cheguei lá não, não houve problemas, não tive problema com ninguém lá não. (Naiara)

A maioria dos trabalhadores referem bom relacionamento com a sua equipe. Somente um, que atua na UTI, se posicionou de outra forma ao comparar os diferentes setores: “Diante das grandes dificuldades que as pessoas têm eu acho que é bom, são muito unidos a maioria dos setores. Eu acho a minha opinião é que as pessoas que trabalham no PSI, no PSII, nas alas são mais unidos do que as pessoas que trabalham na UTI”. (Ricardo)

Percebe-se a existência da cooperação no hospital. Segundo Moraes (2013), a cooperação se fundamenta na confiança entre os trabalhadores e possibilita a existência de acordos entre as diferentes formas de organização do trabalho executadas no trabalho real. Esse é um aspecto importante para a dimensão do prazer na atividade.

Para Dejours (2012), trabalhar vai além da produção, mas é também o viver junto, ou seja, engloba a importância do relacionamento entre os pares. Ao se referirem ao trabalho da enfermagem, os trabalhadores e gestores falam sobre a necessidade da atuação em conjunto:

[...] você se sensibiliza e você quer ajudar o outro né, por que eu não estou ali só para preencher papel e para dizer "ah tá! aqui, esse aqui tem que fazer isso, aquilo", ficar mandando os técnicos fazer, eu acho que não. Nós somos uma equipe né. (Naiara)

[...] primeiro por que a gente gosta da profissão e aqui no PSRN, diferente dos outros lugares que já passei, as equipes são mais acolhedoras, é mais como se fosse família, uma família mesmo né, a gente acaba criando vínculos com as pessoas daqui, com os técnicos, com os enfermeiros, com os médicos mesmo, assim, a

maioria tem esse respeito um pelo outro. Cada um não ultrapassa o seu lugar, sabe respeitar o lugar do outro, então acho que mais isso que faz com que a gente acabe gostando de ficar aqui. (Renata)

Na UTI não tem como a gente fazer só, né, por exemplo, para dar um banho já vai dois, isto é automático. Um paciente evacua, quando evacua não precisa o colega ir limpar só, outro já se apresenta, mas a UTI tem dez leitos. (Sara)

Sozinho aqui você não consegue trabalhar, você precisa sempre do colega para te ajudar, para levantar o paciente, para dar banho, fazer curativo, por na maca, levar para o raio x, tudo você precisa do colega. (Ana)

[...] nosso proceder, tem que ser em equipe. (Bernardo)

Nós trabalhamos sempre unidos, a gente tem que ter confiança no colega. Eu tenho que confiar, por exemplo, se a Sabrina preparar uma medicação, eu tenho que confiar que ela realmente preparou certo, correto para mim poder administrar, e vice versa, entendeu. (Paula)

Observa-se nas falas a necessidade de os trabalhadores confiarem uns nos outros. Dejours (2012) aponta que a confiança é essencial, mas também é um das grandes dificuldades no trabalho coletivo, pois sua manutenção é frágil. O autor afirma que estabelecer relações de confiança é uma luta, pois parece um sonho utópico, mas na verdade é imprescindível para a qualidade do trabalho, pois as regras de trabalho ou regras de ofício são construídas e estabilizadas a partir desse princípio (DEJOURS, 2012).

Sobre os pontos positivos de relacionamento com as outras categorias do hospital, observaram-se poucas falas:

[...] a gente tem cursos para gente saber o que coloca, então tem horas que um médico passa e fala “eu acho que você deveria colocar isso” e a gente vê que está errado, mas a gente não vai discutir com o cara, ele vai falar eu que prescrevo não você, aí tudo bem. Aí passa o outro mais maleável e aí a gente diz prescreve tal coisa para a gente colocar, ele diz tá bom, ou então tem outro que só diz coloca curativo, aí eu decido o que colocar. Nessa parte eu acho que a gente tem mais autonomia. (Ingride)

Parece que a cooperação existente entre os membros da equipe de enfermagem não se sustenta quando abrange outras categorias. Dejours (2012) afirma que a “cooperação entre colegas pressupõe, antes de tudo, que cada trabalhador compreenda e conheça a maneira como os outros, os seus colegas, trabalham”. Para isso deve haver comunicação entre todos.

Além do convívio durante o horário de trabalho, observa-se que as relações se estendem para fora do ambiente do hospital:

[...] na minha (ala) eu acho muito boa, porque além de colegas de trabalho, a gente é muito amigas, tipo sai junto, sai com o pessoal, vai para a noite, comemora aniversário junto, vai para o banho todo mundo junto. Eu acho que é todo mundo bem unido, pelo menos na minha ala. (Ingride)

[...] as pessoas que eu conheci aqui (no hospital) são os meus melhores amigos realmente. Então, fora do hospital é pouca gente mesmo, é muito pouco. (Ricardo)

Entende-se essa convivência entre os trabalhadores como os espaços informais de deliberação citado por Dejours (2012, p. 84). O autor afirma que a ausência dessa convivência “pode terminar evoluindo rumo a uma tendência de coordenação autoritária ou burocrática”.

No estudo de Kogien (2012) sobre a qualidade de vida de trabalhadores de um pronto socorro público, encontrou-se a percepção de altos níveis de suporte social por parte dos colegas de trabalho e das chefias e esse suporte estava relacionado a melhor proteção contra os efeitos negativos do estresse laboral.

Quanto aos aspectos que dificultam o relacionamento entre os profissionais, alguns falam sobre o individualismo no trabalho:

Tem pessoas que elas são muito individualistas, muito reprimidas né, mas geralmente as pessoas trabalham bem em equipe [...]. (Bernardo)

É porque as pessoas infelizmente elas são um pouco egoístas né, elas pensam só em si [...]. (Bernardo)

No todo rola mais intriga, tipo, eu acho o pessoal mais desunido nas outras alas, é cada um por si e Deus por todo mundo e aí já era, aí eu acho mais ruim [...]. (Ingride)

[...] tem gente que não sabe trabalhar em equipe, é individual, mete a cara e acha que é assim [...]. (Carla)

[...] individualização faz com que eles sejam menos próximo um com outro, o companheirismo, eu penso assim pelo que eu já vi do trabalho no PSI e sutura. (Ricardo)

[...] aqui (UTI) se eu faço uma observação e mesmo eles (equipe) achando aquilo injusto, eles não apóiam a opinião um do outro, por uma questão de não ser próximo daquela pessoa entendeu. "ah não tenho nada com isso", o problema está ali, então deixa rolar entendeu. (Ricardo)

Segundo Dejours (2011b), o relacionamento entre os pares também é fonte de sofrimento. Nesse aspecto, os trabalhadores citam ainda outras situações que causam conflitos entre si:

[...] mas é um pessoal bem desunido, se tiver que jogar o outro na fogueira joga mesmo. Se sair um pouquinho mais cedo vai ter um que vai chegar no ponto e vai falar “Oh fulano foi embora”. O povo nem sabe qual o motivo que o cara foi embora e já vai entregando. (Ingride)

Se não houvesse uma harmonia né, em qualquer coisa, as coisas não saem bem. Então no trabalho, mesmo deficiente, você tem que ter uma harmonia, mas também para você trabalhar harmoniosamente você tem que se auto harmonizar né, ou seja, o trabalho de equipe não vai sair bem por conta de uma pessoa que hoje não está bem, então ela consegue desarmonizar a equipe. (Antonio)

[...] existe a falta de compromisso de alguns colegas [...]. (Carla)

[...] tem uma pessoa que gosta de confusão e as outras acabam fazendo a conciliação [...]. (Joana)

E aí então a gente tem esse conflito entre funcionários também. Tem os problemas de relação profissional e tal, enfim, conta com aquelas faltas de colegas que

realmente não vem para o plantão, colegas que saem do plantão, enfim, são vários problemas eu digo de relação profissional né, entre os colegas profissionais. E, bom, basicamente é isso, a gente acaba entrando em conflito, tem vários nessa linha se a gente monta uma linha tem vários pontos que a gente entra em atrito com os colegas. (Nelson)

Percebe-se nas falas acima o aniquilamento dos vínculos entre os trabalhadores. Dejours (2011e, p. 266) fala que esse vazio formado pela falta de uma ligação entre os pares é preenchido pelo medo e pela desconfiança, “um ressentimento que surge entre os indivíduos de um grupo que perdeu a trama constitutiva de um coletivo, de uma equipe ou de uma comunidade”.

Os enfermeiros falam das dificuldades em lidar com a equipe, já que são os chefes de cada setor em seu plantão:

É um setor (UTI) que tem todo o estresse como eu te disse de ser um setor fechado, as pessoas ficam juntas né, as pessoas não podem abandonar o setor por muito tempo, elas não podem sair e ficar lá fora por um grande período, então elas têm que ficar ali o tempo todo dentro do setor, realmente. Então, essa convivência né, de 24 horas, às vezes tem gente que trabalha 36 horas e 48 horas, faz com que elas fiquem muito estressadas. Então, por exemplo, tem outro trabalho, 24 horas em outro e já entram aqui dentro. Então, as pessoas já entram tensas aqui né e monitores apitando o tempo inteiro e pacientes em estado instável, na mesma hora que está estável em outra já não está mais, as medicações que mudam a todo instante, então as pessoas afundam o pé mesmo aqui dentro. E isso tem que tentar contornar de alguma forma né, tentar passar um pouco de tranquilidade para equipe, e isso também traz estresse pra mim vendo toda essa situação acontecer. (Ricardo)

Depende da equipe que está trabalhando com você, a equipe ela não é fixa, embora você tenha uma escala, a gente tem uma variabilidade levando em consideração que às vezes alguma pessoa adoece, fazem troca, faltam né. Então, assim, varia muito, mas os problemas que a gente tem dentro de setor... Bom, hoje que eu estou no plantão o que eu poderia citar que estaria encontrando na UCE seria o fato de terem uma escala reduzida de funcionários o que faz com que os que estão presentes fiquem sobrecarregados por conta do trabalho que agora ficou maior né, já que a equipe reduziu e eles não aceitam isso. Enquanto chefe de equipe eu tenho que estar intermediando isso daí entendeu, por que eu não posso tirar a razão deles, eles estão certos, entendeu, mas ao mesmo tempo eu não posso deixar de prestar uma assistência adequada né para aqueles pacientes que estão em estado crítico e estão precisando. E você tem que acabar contornando isso aí e a gente acabou entrando em conflito nesse momento, por que eles não aceitam e aí você tem que tentar conduzir isso daí. (Nelson)

Porque assim a gente é chefe de uma equipe né, existem pessoas ali do seu lado que dependem de você e elas, dependendo da sua conduta, elas vão ter um direcionamento e se a gente não tem autonomia como é que a gente vai ter esse direcionamento né. Por que o enfermeiro ele é responsável pela equipe dele. Os técnicos de acordo com o que o enfermeiro direcionar eles vão, aí se eles percebem que a gente não tem autonomia pode acontecer, às vezes, de ter um desrespeito né. Então o enfermeiro ele tem que ter autonomia, até para o serviço ficar melhor, por que ele está ali, ele sabe como é que tem que ser feito as coisas né, nem sempre as pessoas que vem lá de fora eles não conhecem o funcionamento do setor e às vezes já vem com uma ordem que é totalmente diferente do que tá acostumado com as rotinas daqui. (Renata)

O enfermeiro tem a responsabilidade de todos os pacientes, toda a equipe e mais o secretário e mais os acompanhantes, que é terrível [...]. (Bianca)

Dejours (2012) afirma o valor do líder para assegurar a coesão da massa. Nesse sentido, a gestora Sara fala sobre a importância da atuação do enfermeiro enquanto membro da equipe:

[...] o enfermeiro devido a grande sobrecarga ele, às vezes, está com pouco tempo de sentar com sua equipe e tentar resgatar isso aí. O enfermeiro é muito importante na sua equipe. Você vê que tem enfermeiros e enfermeiros, às vezes é incrível como é que a equipe, apesar das individualidades, segue. Poxa se eu não quiser fazer nada hoje aqui, ele não faz nada, mas se eu estou junto, dificilmente quando o técnico vê que o enfermeiro está junto, é aquela questão: “vamos comigo”, e não: “faça”. A gente sente, observa que muitos enfermeiros hoje em dia estão faltando aquela liderança, às vezes é uma dependência, é uma dificuldade, eles têm dificuldades de resolver coisas pequenas, que não precisava, às vezes, a gerência resolver, mas por que? Porque ele está sobrecarregado. Entendeu? Se tivesse mais de um. (Sara)

Existem, ainda, as queixas de relações entre profissionais que atuam em setores diferentes do hospital:

A gente tem o terceiro conflito que é entre os próprios funcionários, que às vezes a gente, dentro do próprio hospital, a gente acaba se socorrendo a outros setores, então às vezes eu não tenho material em um eu vou buscar em outro e tem colegas que não sabem receber isso de uma forma muito amigável, sociável, então acaba não querendo emprestar, não querendo deixar, não querendo permitir coisas que a gente considera até então permissíveis por conta da situação, da realidade que a gente se encontra. (Nelson)

[...] às vezes o paciente, tá prescrito aquela medicação entendeu e você vai à farmácia solicitar e eles dizem que não é para o paciente que é para a gente. (T. Paula)

De modo geral, percebe-se que a cooperação entre os trabalhadores acontece somente entre os componentes de uma mesma equipe. Para existir a cooperação são necessários dois fatores: a liberdade de deliberação e a convivência (DEJOURS, 2012). Assim observa-se que alguns dos fatores, ou até ambos, devem estar ausentes quando se trata das relações entre diferentes setores e categorias.

Sobre o relacionamento com as outras categorias profissionais, destacam-se falas voltadas para dificuldades na atuação com os médicos:

Agora o cara (médico) vai lá uma vez na vida e diz: não, eu quero isso. Tá, ele quer eu ponho, mas a gente discorda, mas se discorda vai ficar discordado. Têm uns que são mais maleáveis, a gente chega e “oh acho bom isso ou aquilo”, aí ele diz: não tudo bem. E a gente coloca. Agora tem uns que não, diz: é o meu trabalho e eu sei o que coloca. Então está bom. (Ingride)

Tem coisas que a gente vê aí que é descaso, tem muito descaso, é bem ruim, tem coisas que a gente vê, tipo, eu sou uma técnica e eu sei que aquele procedimento está errado, um médico chegou e viu que o procedimento está errado, ele viu e por que ele não fez? É porque ele fez tipo não tá nem aí, cada um que se vire, isso não é justo. (Ingride)

Os que atendem no particular, muitas vezes dão a prioridade para o particular, ele não vem e faz um bom atendimento aqui, ele não vem e cumpre a sua carga horária aqui né. (Carla)

Então eu vejo, eu vejo dessa forma. Claro que existem atribuições que são específicas, condutas que são específicas de um, que são específicas de outro, mas na maioria delas a gente vê dessa forma, por exemplo, uma sonda nasoesférica o médico pode ir lá passar se ele quiser, é uma atribuição do enfermeiro, mas ele pode passar a sonda nasoesférica, coisa que você nunca vai ver, mas o médico pode ir lá e dar um banho no paciente né, eu não sei, aspirar um paciente, enfim, cuidar desse paciente, conversar com esse paciente, o médico pode fazer isso né, mas você não vê. (Nelson)

[...], por exemplo, aqui (sala da ortopedia) não pode ficar paciente, mas tipo vem me cobrar que ali é só para ele (médico) atender, ah eu sei, mas eu também deveria ter uma enfermaria para colocar os pacientes, os meninos deveriam ficar só com sete pacientes, eu com trinta pacientes né. Então, então são tantas coisas quebradas diariamente que por que não quebrar um protocolo de forma que vá beneficiar um paciente, principalmente. Eu não tento colocar ali um jovem de vinte anos com uma fratura de braço, eu tento colocar um senhor de oitenta anos que eu imagino que se fosse o meu pai ou minha mãe né, eu nossa, eu não gostaria né, então se eu não tenho como colocá-lo, por que não facilitar por uma noite e no outro dia tenta se dar um jeito, normalmente se dá um jeito, normalmente não sempre. (Bianca)

A partir de Dejours (2012) entende-se que essa dificuldade de relacionamento entre as categorias passa por uma diferença de poder sobre a atuação no hospital. Desse modo, é necessária a negociação dos poderes envolvidos para a transformação dessas relações. Assim como se observam, também, falas sobre a dificuldade de relacionamento com outros hospitais em relação aos profissionais que atuam no PSRN:

[...] os outros criam uma rivalidade com o PSRN que os funcionários daqui onde eles chegam eles são discriminados por que é do PSRN, entendeu. Eu já trabalhei dentro do Hospital Geral na época que o PSRN fechou para reforma, eu já trabalhei lá dentro do HG e simplesmente é... nós éramos excluídos. (Carla)

Então deixa a gente meio frustrado, meio chateado com a discriminação da pessoa. (T. Amanda)

Os profissionais queixam-se da visão que a população tem sobre o PSRN, de que os trabalhadores não oferecem um bom cuidado aos pacientes:

[...] assim algumas pessoas que realmente são escrotas não conseguem nos atender, isso é normal, qualquer um, até com os colegas, uns com os outros, isso aí a gente vê [...]. (Vitória)

Existe caso de mau funcionário? Existe, mas também existem casos de pessoas ali que são altamente abnegadas, trabalham, procuram dar sempre o melhor. Infelizmente a mídia nunca valoriza tudo que é bom muitas vezes não dá notícia, ou seja, os casos que chegam lá gravíssimos e se consegue reverter a situação, ninguém nunca recebeu um elogio, um obrigado. Assim, já se recebeu, mas isso aí em medidas muito pequenas né. Agora toda vez em que possa vir a acontecer alguma coisa em que o resultado não é favorável, aí isso é passivo, isso é colocado na mídia como negligência, imprudência, descuido, desleixo, esse tipo de coisa né. (Antonio)

E o fato de muitos colegas receberem mal, entendeu, acaba com a unidade [...]. Uns gostam, uns não gostam, tem uns que estão mais cansados, estressados aí atendem mal e é como se fosse aquela corrente, se falou mal para você, aí você passa aquela visão do mal para outro e para outro e assim vai entendeu. (Paula)

A partir de Dejours (2011b; 2011e), entende-se que as relações sociais estabelecidas no trabalhar são fatores determinantes na dinâmica de prazer e sofrimento, assim como atuam diretamente na construção dos modos ou das regras de trabalho.

6.2 Organização do trabalho: “a gente ainda está subordinada à vontade do gestor, nem sempre a gente tem autonomia para decidir alguma coisa”.

Para entender o modo de gestão do PSRN, é necessário visualizar, a partir da perspectiva dos participantes, o contexto da rede de saúde na qual o hospital encontra-se inserido, além da divisão de poderes e a percepção dos trabalhadores sobre as mudanças que devem ocorrer no hospital.

De acordo com Barros e Barros (2007, p. 62):

[...] discutir a gestão em saúde terá de passar, necessariamente, pela problematização das escolhas que fazemos de como lidar com o que constitui, a nosso ver, como vetores-dobras inseparáveis do campo da saúde: sujeitos (desejos, necessidades, interesses), processos de trabalho (saberes), poder (modos de estabelecer as relações) e políticas públicas (coletivização dessas relações).

Assim, na análise dessa categoria, realizou-se uma subdivisão em três temáticas: contexto local do PSRN; hierarquia de poderes; sugestões de mudanças.

Segundo Campos (2007b) a organização moderna ainda tem o autoritarismo como marca central e sua forma clássica de divisão de poder é a partir de núcleos de gerências. Assim, observa-se que o PSRN se organiza hierarquicamente da seguinte forma: direção geral, direção executiva, gerência administrativa, gerência médica, gerência de enfermagem e os núcleos de outros setores que podem ser coordenados por uma das gerências ou diretamente pela Direção do hospital. Nessa pesquisa realizou-se entrevista somente com o diretor geral e a gerente de enfermagem, pois se considera que são os gestores diretamente relacionados com o trabalho da equipe de enfermagem.

6.2.1 Contexto local: “É evidente que o PSRN é uma questão de saúde pública, é uma questão de política [...]”

Para analisar o modelo de gestão utilizado no PSRN é necessário buscar entender o contexto local no qual se situa esse hospital, pois se observou nas entrevistas e encontros em grupo a necessidade dos trabalhadores falarem sobre isso. Na fala da técnica Carla, exposta no subtítulo, percebe-se o posicionamento dos trabalhadores sobre a política de saúde local.

A mesma técnica nos diz que “[...] o PSRN foi considerado o pior hospital do Brasil”. Esta expressão sobre o PSRN ser o pior hospital do Brasil, foi repetida por vários trabalhadores que participaram da pesquisa. A imagem negativa da sociedade descrita pela

trabalhadora se deve às condições de atendimento oferecidas pelo hospital, à superlotação da unidade e outros fatores políticos, sociais e regionais associados. Porém, apesar dessa representação ser negativa, observa-se algumas falas positivas entre os trabalhadores, eles tentam resgatar os aspectos positivos do hospital na rede de saúde local:

[...] alguns pacientes quer "não, eu vou para o particular", eu digo "não vá, fique aqui", "ah, mas aqui eu vou ficar no chão", "mas aqui tem profissional, você vai ficar lá numa cama, mas não vai ter o médico para te atender". (Bernardo)

Então as pessoas infelizmente olham para ali só com olhos de que as coisas não dão certas e nunca olham que as coisas ali vão dizer assim, se faz ali muitas vezes o possível e o impossível né. Eu sempre dou um exemplo assim, se acontecer um acidente três horas da manhã e você precisar de um neurocirurgião, você precisar de um cirurgião plástico, você precisar de um cirurgião vascular, se você precisar de uma equipe para lhe atender, um centro cirúrgico montado, um anestesista, só o serviço público vai estar lá aguardando isso. O serviço privado, você pode ter o melhor convênio do mundo, mas o serviço privado não está pronto, pode até se aprontar, mas não está pronto. [...] seria bom que as pessoas tivessem outro olhar assim para o PSRN, ou seja, o que as pessoas observam, muitas vezes é só o lado ruim talvez né, o lado menos eficaz, o lado menos eficiente. (Antonio)

Na tentativa de buscar causas para a situação do hospital os trabalhadores e gestores recorrem ao contexto econômico e social vivenciado pelo estado:

[...] o PSRN por ser o único, praticamente o único pronto socorro de referência do estado, uma vez que a gente está lidando com o aumento da população local na cidade. Esse aumento da população inclui as violências de uma maneira geral, o trânsito, por falta de políticas públicas atuantes e por aí vai. Associado também a questão da população, da pirâmide populacional, que a população está envelhecendo mais, com isso vem as doenças crônicas degenerativas. Tudo isso repercute em um maior número de internações [...]. (Sara)

E o que eu pude observar a situação do PSRN é que não houve preocupação de gestores anteriores, eu não gosto de chegar nesses detalhes, eu vivo o presente, é o presente visando o futuro, mas, realmente não houve essa preocupação em adequar. Por exemplo, o hospital foi criado há 20 anos atrás para atender 40 pacientes para usina e hoje é um hospital que é referência para 52 municípios e às vezes nós recebemos alguns pacientes que vem do Amazonas, é do Acre, e até do país vizinho que é da Bolívia [...]. (Luis)

O PSRN tem uma estrutura muito antiga, além de uma estrutura antiga, ele foi projetado para uma população, um número de pessoas totalmente inferior ao que a gente encontra hoje. Então ele não tem uma estrutura para receber a população da capital, do interior do Estado e vou mais além, do interior do Amazonas, por que a gente recebe paciente, porque é perto vir de Lábrea e Humaitá do que ir para Manaus, tem também pela fronteira com a Bolívia né, muitas pacientes que vem de Guaiará Mirim. Então assim é superlotação de pacientes, a gente não tem uma estrutura física para receber esse grande número. Então, primeiro seria a estrutura física, segundo a grande demanda de pacientes. E a cidade cresceu muito nos últimos anos, o Estado cresceu muito enquanto número e quantidade populacional e aí a gente não tem como atender, o pronto socorro não tem como atender essas pessoas [...]. (Nelson)

Percebe-se que não é possível falar da situação do hospital sem citarem os aspectos da gestão relacionados com as políticas públicas de saúde. Surgem falas também sobre a rede de saúde local e o papel do PSRN nesse sistema:

Uma das coisas que a gente viu foi que, para a grande demanda que nós temos, os nossos leitos são incompatíveis, HG, Hospital de Especialidades, então, foi sugerido também parceria com os hospitais particulares. A gente sabe que terceirizações, o ideal era não ter, mas no momento eu não tenho como construir um pronto socorro de hoje para amanhã. Para você ter uma ideia eu acho que o Hospital Particular 1, ele está com quase 80 pacientes, o Hospital Filantrópico com 30, o Hospital Particular 2 todo dia sai seis pacientes para fazer cirurgia ortopédica, o Hospital Particular 1, a parte da ortopedia, sai 4 e o PSRN daquele jeito. Mas já pensou mais de 100 pacientes que hoje estão internados e era para estarem lá dentro, mais de 100, fora os que têm, já é alguma coisa né. (Sara)

Existe a falta a boa falta de atendimento, existe a falta de políticas públicas entendeu, para realmente se empenhar em melhorar a situação do PSRN, existe o problema dos hospitais no interior né, que eles vão construí-los mas eles não funcionam por que é... eu sei que no interior tem o hospital, por exemplo, o hospital da região central. As pessoas estão lá recebendo seu salário mensalmente mas elas não têm paciente para cuidar, entendeu, então assim é uma questão de política essa situação né. (Carla)

[...] não existe políticas públicas que evite as pessoas vir para cá [...] (Bernardo)

Observa-se a visão dos trabalhadores e até dos gestores sobre a Organização do Trabalho na Rede de Saúde do estado. Os gestores da unidade se dizem impotentes para resolver algumas situações no PSRN devido ao contexto burocrático do serviço público:

Então eu creio que deveria haver hoje um mecanismo legal para, dentro da lei, cumprindo rigorosamente, mas assim que pudesse haver mais agilidade, principalmente nessa circunstância de aquisição de medicamentos e materiais. Por que eu sempre falo, quem está dentro do hospital, quem está no atendimento, nós estamos tratando com vidas e vidas não tem preço, e tem que ser feito o atendimento imediato. (Luis)

[...] eu vejo só o que não conseguimos dar um passo para frente é justamente na questão da gestão, porque você é o gestor, mas você não tem, eu digo aquela gestão plena na questão da parte financeira, orçamentária e contábil, você depende. Então, para mim comprar hoje um copo descartável eu dependo da SESA, porque o gestor pleno seria o secretário estadual de saúde, mas eu tenho obtido muito apoio do governador, do secretário estadual de saúde e da minha equipe. E eu tenho certeza que nós estamos subindo degraus dentro do PSRN e o nosso objetivo é chegar ao degrau da excelência, não sei se vamos chegar lá, mas enquanto tivermos a frente do hospital, nosso objetivo é esse, estar sensibilizando os servidores, mostrando o trabalho de cada um, e tenho certeza que nós venceremos mais esse desafio que me foi dado para realmente apresentar para nossa sociedade de Rondônia uma saúde de qualidade. (Luis)

Os trabalhadores também se posicionam quanto a sua visão da gestão da saúde:

Aqui eu sinto uma embromação entendeu uma tentativa de resolução sem fundamentos teóricos e práticos, um negócio feito da cabeça que não passa por um planejamento, não tem uma situação estratégica sobre a situação né. Isso é coisa que está descrita em gerenciamento há muito tempo, como planejar no ambiente de trabalho, não é nada empírico, é uma coisa teórica, prática, já está aí para quem quiser estudar e ver, mas aí acontece isso fica tentando fazer uma embromação da situação. Se tivessem respeito ao paciente e ao profissional, se pensassem de forma respeitosa com todos nós, não aconteceria o que acontece hoje. (Ricardo)

[...] os problemas não são só aqui, os problemas já vem de fora. Não existe políticas públicas que evite as pessoas vir para cá, que evite que as pessoas se acidentem que as pessoas fiquem doentes, não existe prevenção. e as pessoas vão sendo, estão sendo jogadas aqui dentro. (Bernardo)

Surgem falas dos trabalhadores sobre a preocupação de serem penalizados judicialmente pelo Ministério Público por algum prejuízo ao paciente, conseqüências para eles das condições precárias de atendimento no PSRN:

[...] às vezes acontece algum problema e você tem que ir à corregedoria prestar a ocorrência, tudo, de fatos que ocorreram aqui e familiares do paciente ou mesmo funcionários entraram com recurso no Ministério Público, processo e tal, então você tem que ir prestar esclarecimentos. Isso é desgastante para o funcionário, por que além de você trabalhar nessas condições, você ainda tem que tirar o dia da sua folga, entendeu, para ir lá prestar um esclarecimento de uma coisa que, às vezes, tudo bem, você poderia ter resolvido, realmente possui uma influência direta dos teus atos, mas a maioria das coisas é de ações, são de efeitos que estão além da tua capacidade de decisão. (Nelson)

[...] existe talvez um medo assim, vamos dizer assim até instintivo né, de que uma determinada situação possa vir a ter uma reação, possa ter um desfecho não muito legal e isso possa ter desdobramento né. Cada dia que passa a população está mais consciente dos seus deveres e os órgãos fiscalizadores quando acionados, estão entendendo, estão mais atentos. Então, talvez o medo que eu possa ter é amanhã ou depois possa vir a responder por uma ineficácia, por uma ausência do estado. [...] querendo ou não, quem está ali na ponta representa o gestor. Só que o gestor, quem está na ponta para o gestor tem um caminho muito longo né, mas a população encara quem está na ponta. (Antonio)

Ingride e Carla falam sobre as propagandas oficiais na mídia local sobre o hospital:

[...] mídia engana muito o povo, aí o povo vê que aqui está tudo lindo, está tudo ok, aí chega aqui o paciente dele está no corredor, ele vai achar que a culpa é nossa (...). (Ingride)

[...] depois passa um monte de propaganda que aqui está o céu, aí o povo chega e não é isso que encontra, então fica meio que mascarado, tem horas que uns tem a visão que aqui é o inferno e outros têm visão que agora está o céu e não é bem isso, está no meio termo, não está tão inferno, mas também não está o céu. A pessoa chega esperando uma coisa e encontra uma bomba aqui dentro [...]. (Ingride)

[...] as pessoas persistem em dizer que melhorou, mas a gente sabe que não melhorou. (Carla)

Ingride fala, também, sobre situação na qual os pacientes ou acompanhantes tem que subsidiar medicamentos e materiais que estão em falta no hospital:

[...] e tem as famílias que vão comprar, mas não é obrigação dela, se ela está aqui nossa constituição diz que o estado tem que sustentar, é um direito e um dever do estado, educação, saúde e para onde vai isso? Aí o pessoal que fica aqui tem que comprar? Claro que não, se ele está aqui é um dever do estado sustentar. A maioria é do interior, aí o pessoal gasta com estadia, com alimentação e ainda vai gastar com material que não é barato, é tudo caro aí vem a pessoa gastar o olho da cara para comprar um material para sarar o ferimento, eu acho isso muito injusto. (Ingride)

Ainda, quanto ao contexto local, é importante marcar a percepção da população sobre o hospital, de acordo com as falas dos trabalhadores:

Eu me sinto até chateada por que quando a gente fala assim "ah eu trabalho lá no PSRN", "ah, tu trabalha naquele inferno, todo mundo que vai para ali morre e não sei o quê". (Amanda)

As pessoas falam assim "onde você trabalha?" e eu "eu trabalho no PSRN". "Vish", aí acabam com PSRN, falam que é matadouro, tudo que é pior. Eles falam "vocês conseguem trabalhar ali?" e eu digo "eu consigo". (Tania)

[...] alguém pergunta onde você trabalha? Falo no PSRN. A pessoa diz: lá é um terror, lá é um açougue lá é isso, é aquilo, lá o pessoal morre. Parece que é a gente que está matando todo mundo. (Ingride)

O bem que você faz é pouquinho mediante o que as pessoas espalham pela cidade, o bem que você faz aqui dentro é bem minúsculo. (Paula)

O gestor Luís fala sobre a situação de superlotação em que o hospital se encontrava quando começou a atuar na gestão e relata que já está percebendo melhorias:

O maior desafio que eu enfrentei foi justamente a retirada dos pacientes do chão. Então, era uma questão de mídia nacional, que o estado de Rondônia, praticamente estava ferindo até no caso a corte internacional, no caso de falta de humanização com os pacientes que vinham, e, realmente, esse desafio nós enfrentamos. Eu digo que já conseguimos atingir 90% dessa situação, eu creio que no máximo em 15 dias nós não teremos mais a situação de antes [...]. (Luís)

Apesar dessa fala do gestor, a visão sobre a situação atual do hospital para os trabalhadores é de piora em relação aos anos anteriores:

Piorou demais. Porque antes nós tínhamos alguns picos de hiperatividade, ou seja, em que o trabalho era maior, mas depois isso voltava e fica num limite, entre aspas, aceitável. Há mais ou menos dois anos, com as questões sociais e econômicas, ou seja, o trabalho das usinas e de outras empresas, esse tipo de coisa, fez com que essa demanda literalmente explodisse, virou como se fosse uma epidemia. Se antes atendia umas cem pessoas, hoje nós estamos numa faixa de 400 pessoas por dia. Então essa coisa aumentou e muito. (Antonio)

Eu já trabalho aqui no PSRN há 10 anos e eu acho que PSRN piorou muito de quando eu entrei aqui. (Carla)

Sempre foi assim. (Tania); Até pior. (Paula); Sempre piorando. (Joana)

Observa-se, de modo geral, a perspectiva negativa dos trabalhadores sobre a atuação dos gestores e o sentimento de impotência e descrença quanto a mudanças futuras nas políticas de saúde e na realidade do hospital. Nessa perspectiva, Barros e Barros (2007, p. 65) afirmam que “a construção de políticas públicas deve estar conectada, comprometida com a coletivização da gestão, com a publicização das relações entre trabalho (saberes), sujeitos (necessidades, desejos e interesses) e poderes (modos de pôr em relação saberes e sujeitos)”.

6.2.2 Hierarquia de poderes: [...] cada setor a gente observa o que pode fazer para melhorar aquele setor e corre atrás

Ao analisar o modelo de gestão, utilizou-se, principalmente as informações obtidas com os gestores, mas também buscou-se nas falas dos trabalhadores os excertos que demonstram sua compreensão sobre esse aspecto.

O diretor geral, Luis, ao falar sobre ter aceitado o cargo de Diretor do PSRN mostra-se otimista. A gerente de enfermagem Sara, após dois meses da realização da entrevista, pediu para ser afastada da função e retornar para a assistência no hospital.

Sobre o modelo de gestão adotado, Luis afirma que seu objetivo no PSRN é descentralizar¹⁰, já a gestora Sara fala que busca fazer uma gestão participativa e ouvir os trabalhadores:

Então, o meu modelo de gestão, assim, desde o meu período de tempo com função militar, eu sou muito descentralizador, eu não gosto de desenvolver as ações centralizadas, porque a partir do momento que você passa a centralizar as suas ações, você tem até mais dificuldade para obter os resultados. (Luis)

[...] eu procuro fazer uma gestão bem participativa, eu realmente procuro escutar os servidores de enfermagem, uma das coisas da nossa gerência é tentar acolher o servidor que nos procura. (Sara)

Luis busca explicar para a pesquisadora como acontece esse modelo descentralizador de sua gestão, afirma que repassa as demandas que chegam para o setor responsável e utiliza um momento do dia para realizar visita aos locais do hospital, pois compreende que essa atitude é uma forma de motivar os servidores. A fala abaixo exemplifica o exposto:

Então, como que é, praticamente, a metodologia adotada, eu vou dar exemplo do PSRN. Eu tenho os gerentes, eu tenho o gerente de enfermagem, o gerente médico, tenho os diretores, os gerentes de cada setor, de recursos humanos, de material, e, cada um tem a sua atribuição, e a medida que nós temos, vê-se a demanda de serviços lá do hospital, nós fazemos praticamente os encaminhamentos e depois cobramos de cada um. (Luis)

Sara também cita exemplo do seu modo de atuação, buscando escutar os trabalhadores e atuar não somente nas questões específicas da enfermagem, mas voltar-se para os problemas do hospital como um todo, como descrito na fala abaixo:

[...] a gente procura sempre na medida do possível buscar valorizar a enfermagem, a gente tenta fazer reuniões rotineiras para escutar as sugestões. Eu sempre digo que é uma gestão bem participativa, bem horizontal, tudo que a gente fala nada é verticalizada, sempre é escutando, sempre levando em consideração as experiências de cada um, né. Mas como a categoria tá massificada mesmo, devido ao estresse, à sobrecarga de trabalho, às condições desumanas do próprio pronto socorro, está sendo bem difícil, é bem difícil. (Sara)

Percebe-se na fala dela uma preocupação com os servidores da enfermagem, talvez pela sua experiência de atuação na assistência, a gestora se mostra muito próxima dos trabalhadores e angustiada com a situação do hospital. É possível perceber um sofrimento em alguns momentos da entrevista, inclusive afirmou que já havia tentado sair do cargo de gestão o que acabou acontecendo posteriormente. Ainda, ela fala sobre a dificuldade em cobrar algo dos servidores devido às condições que os mesmos estão submetidos no trabalho:

¹⁰ Pelos princípios do SUS, descentralizar é garantir a autonomia de cada esfera de gestão (Campos, 2007b), a nível micro entende-se, também, que seria garantir autonomia de cada setor do hospital.

É tão difícil você tentar resgatar, com aquelas condições que se tem, como que eu vou cobrar? Eu tenho que "cobrar" entre aspas, mas de uma maneira que eu não vá, que eu tenho que entender aquela situação que a pessoa está vivendo. (Sara)

Apesar dessas dificuldades, a gestora cita algumas estratégias que utiliza para melhorar a organização dos setores e facilitar o trabalho da equipe de enfermagem:

[...] a gente tenta pelo menos escutar, mas assim a gente tem os pequenos avanços. A gente procura, apesar do caos, da dificuldade, melhorar algumas coisas, por exemplo, a gente tenta criar estratégias para amenizar um pouquinho a sobrecarga. Por exemplo, às vezes, como eu sei que o técnico de enfermagem tem mil e uma atribuições, mas naquela ala a gente coloca, tenta resgatar um funcionário que tem laudo, ele fica na sala de desinfecção e o técnico de enfermagem não precisa se preocupar em fazer a desinfecção das máscaras, por que já tem a pessoa, na hora que ele for precisar já tem feito. A gente coloca, tem o secretário do setor, a gente colocou uma coordenação de ambulância, nós instalamos o núcleo de educação permanente e estágio bem atuante que faz capacitações, a gente fez duas semanas de enfermagem, foram bem legais, as pessoas gostaram muito, porque eles sentem essa necessidade de capacitações. [...]. (Sara)

Tem o profissional que leva as caixinhas, é tão pequenininho isso, mas para o técnico não precisar ficar se deslocando e pegar aquela caixa cheia de remédios, já tem a pessoa para fazer isso, e isso tanto para poupar um pouquinho a sobrecarga e também fazer com que a enfermagem fique mais próxima ao cliente [...]. (Sara)

[...] a nossa gerência abre de domingo a domingo, passa visita fim de semana, tenta organizar, chamar alguém de extra, remanejar o servidor, para ver se fica mais ou menos equivalente, né, assim, mais ou menos, não fica tão sobrecarregado cada setor. (Sara)

Luis também informou sobre o que já começou a realizar no PSRN desde sua entrada no setor, visando modificar a situação do hospital:

[...] os pacientes nós conseguimos tirar (do chão), mas há uma cultura aqui de muitos anos que o acompanhante ele vem para o hospital e já traz, inclusive, um colchãozinho inflável. Nós já nos reunimos com a nossa equipe de CCIH, do controle de infecção hospitalar, que isso aí não pode ser atendido com o colchão no chão, conseguimos com o apoio da sociedade, da receita federal, do tribunal regional do trabalho, doações de cadeiras. Nós estamos implantando para as acompanhantes cadeiras, isso vai facilitar inclusive a limpeza do hospital, a sua desinfecção e vai melhorar, inclusive, o ambiente de trabalho e até de conforto para as pessoas que venham aqui no PSRN. (Luis)

Ambos os gestores mostram-se preocupados com a situação dos pacientes expostos no chão e com as intervenções dos trabalhadores nesta realidade. Luis, por estar apenas 90 dias na função, fala das estratégias focais de intervenção para a mudança de hábitos institucionalizados na execução da tarefa entre os trabalhadores:

[...] a gente faz uso da área afetiva, eu jamais vou advertir um servidor na frente de outras pessoas, eu prefiro sentar sozinho com ele na minha sala, explicar o que ocorreu de errado do que chegar com uma advertência e constranger a pessoa e talvez ela não vai nem render mais, talvez uma conversa reservada dá mais resultado. (Luis)

Observa-se que os gestores percebem a importância da mobilização subjetiva dos trabalhadores visando seu engajamento na tarefa. Dejours (2011c, p. 84) aponta que é

importante “saber como proceder para não quebrar a mobilização das inteligências e das personalidades”, aspectos importantes que devem ser refletidos pelos gestores, já que tem de mobilizar mudanças em cada trabalhador, visto que cada um na equipe desempenha um papel estratégico no grupo.

Na fala de Sara observa-se, também, essa preocupação, principalmente para atender aos pedidos dos trabalhadores na escala de serviço:

[...] a gente faz uma escala de serviço que cumpra as 40 horas, mas muito direcionada também para o servidor, eu faço isso. Não sei até que ponto eu estou me arriscando nisso. Eu tenho servidores que trabalham só noite, eu tenho servidores que trabalham só dia, eu tenho servidores que trabalham mais fim de semana. Puxa! mas eu e as meninas que trabalham na gerência, a gente enlouquece para fazer a escala, mas a gente procura escutar ao máximo. (Sara)

[...] a escala de enfermeiro, a escala que eu faço acho que não existe no mundo todo, né. Por exemplo, eu tenho dificuldade de conseguir enfermeiro para trabalhar na sala de sutura, nem todo mundo quer: eu não quero. O que é que eu faço: eu pego o enfermeiro X coloco três plantões, o Y três plantões, o Z três plantões. Como que pode? Sim, ele tem 12 plantões no mês, ele fica três na ala I, três na sutura, três... Eu posso futuramente ser chamada por isso? Posso, mas ele está cumprindo carga horária e eu estou preservando o lado emocional dele, estou cobrindo o setor e estou descentralizando para não sobrecarregar um, né. A gente tem esse cuidado. Eu sei que a enfermeira Z só trabalha na emergência se ela tiver algum colega, ela sozinha não trabalha. A enfermeira A desenrola 24 horas só, mas ela é uma pessoa. Eu sempre digo para o pessoal: olha, a gente tem cinco dedos na mão, todos diferentes, nunca eu vou trabalhar igual a minha colega. Você pode administrar uma injeção, todo mundo aprende como administrar, nós temos 40 pessoas aqui nessa sala, cada uma faz de um jeito, sem contaminar, mas porque cada um tem o seu jeito. (Sara)

É possível perceber nas falas da gestora essa busca de compreender as singularidades de cada trabalhador e tentar organizar o serviço em prol dessas diferenças:

Por exemplo, eu tenho uma servidora, que a filha foi vítima de abuso, e ela só tem o horário da escolinha, e ela tem que trabalhar aquele horário. E eu preciso de alguém para trabalhar no horário normal, mas eu tenho que escutá-la, porque ela está muito fragilizada e não confia em ninguém para deixar o filho dela. Porque eu sou mãe antes de tudo. Então, eu preciso de alguém que trabalhe, mas eu deixo naquele horário, tento procurar um setor, porque eu tenho que apoiar. Se eu, gerente de enfermagem, não apoiar, quem vai apoiar? (Sara)

Percebe-se que ela busca atender aos pedidos individuais dos colegas, ao invés de entender o contexto geral dos trabalhadores. Segundo Barros et al (2007, p. 201), “é preciso que o trabalho seja gerido com todos os trabalhadores e não por eles ou para eles, do contrário ficarão sujeitos à execução de tarefas prescritas, repetitivas e, potencialmente, adoecedoras, pois os trabalhadores não terão seus saberes e anseios expressos e vinculados às regulamentações do seu trabalho”.

Assim, essa busca por atender aos pedidos dos servidores também acaba por fragilizar a própria gestora, como podemos perceber em algumas falas:

Tem gente que tem atestado de meses. Tem gente que diz assim, estou numa situação difícil, chega aqui com pedido de transferência para outra unidade. Eu não posso dar de acordo, eu falo: “olha, desculpa, eu não posso, porque se eu peço funcionário eu não posso te ceder, eu não tenho essa autoridade. O nosso diretor fala a mesma língua, agora se você conseguir de cima para baixo, que seja melhor para você”. Às vezes diz: “Sara, por favor, me deixa ir para tal lugar”. A gente não pode ceder, não pode atender todo mundo, a gente precisa de gente. Então sempre a gente é preciso perder os funcionários tão bons, emergentes. A gente nunca vai ter uma solução pra isso? A gente pergunta: será que ninguém olha pelo PSRN? Será que ninguém pensa nos servidores naquela situação? (Sara)

Os gestores se posicionam como descentralizadores e participativos, porém percebe-se que os trabalhadores têm outra visão sobre o modelo de gestão do hospital. Na fala da técnica Helena podemos visualizar esse outro lado: “Então é uma coisa assim de hierarquia total mesmo [...]”. Outros trabalhadores também se posicionam sobre a hierarquia do hospital e a forma de contato com o gestor:

[...] para te falar a verdade, o meu relacionamento com o gestor é com a gerência de enfermagem só. (Bianca)

[...] eu posso ter uma ligação com o gestor do hospital, mas eu não tenho essa ligação, primeiro eu levo meus problemas para a gerência e eles distribuem entende. Tem essa hierarquia, que não é muito bom, mas, enfim, funciona assim. (Ricardo)

Não, não tem aproximação de contato. A ordem que vem lá de cima e acabou-se, não tem um meio termo. (Helena)

Tudo que acontece a gente sempre comunica a enfermeira chefe, então ela que entra mais contato com a gestão do que nós. (Daiana)

Aparentemente os trabalhadores se colocam de forma distanciada da gestão do hospital. Em algumas falas eles dizem o que pensam da gerência de enfermagem e da direção do hospital:

[...] a nossa gerente é muito acessível, tanto que o que a gente precisar falar pode ligar até mesmo no telefone particular dela, ela não se importa, é muito boa assim a gestão, a atual está bom. Com o diretor anterior tinha problemas, parece que ele não gostava do povo da enfermagem, parece que a equipe de enfermagem tinha que se lascar, a prioridade dele era ter médico, parece que ele não percebia que para os médicos trabalharem precisava da equipe de enfermagem. O atual não, ele é bem acessível, pelo menos ele demonstra ter, ser um pouco mais compreensível com a gente. (Bianca)

E, é muito tranquilo, eles me escutam, eu sei que eles não conseguem resolver todos os problemas que eu levo para eles, mas tentam resolver alguns né. E eu sei que o problema que está aqui eles não conseguem resolver sozinhos entendeu. É problema de material, de licitação, que tem que ser feito compra, que tem que ser feito planejamento de estoque, que tem que ser feito compra de material adequado, de material que seja viável, que tenha durabilidade. Aí a gente vê o secretário de saúde que pega não sei quantos milhões, e uma licitação de uma empresa de alimentação fraudulenta, um negócio que está muito além dos problemas, que atrapalha todo o desenvolvimento do hospital. Aí eu sei que eles não têm resolutividade para resolver tudo que eu preciso e eles expõem isso tudo, “mas eu não tenho como fazer nada”, e eu entendo, mas atrapalha tudo né, deixa tudo errado. (Ricardo)

Olha, a gestão atual eu considero, desde que eu entrei no PSRN, a melhor porque a gente consegue conversar, a gente conversa bastante e o pessoal da gerência hoje que está no PSRN eles ouvem a gente, eles tentam, a gente percebe que embora muitas vezes eles não consigam atender os nossos pedidos, as nossas reivindicações, mas eles tentam entender, a gente observa isso, eles tentam. Eu, por várias vezes, eu precisei da Gerência de Enfermagem e ela me auxiliou, ela me atendeu, isso é muito bom, muito bacana. As gerências anteriores eu já tive alguns problemas assim, entendeu, mas a atual eu considero uma relação boa. (Nelson)

[...] é uma relação de cobrança né, mas a gestão é assim, a gestão, vamos dizer assim, primária que está mais próxima de você, imediata, é tão refém do sistema como você que está na assistência. Então as decisões são tomadas a nível terciário, quaternário. (Antonio)

A gerência de enfermagem é muito boa, do meu ponto de vista, não tem nada a reclamar dessa gerência agora. (Tania)

[...] às vezes a gerência, realmente é boa com relação às necessidades do colega ou algo parecido, mas em compensação tem outros momentos ela não vê porque não desce, infelizmente, a gerência dificilmente desce para ver a situação. (Paula)

Os trabalhadores parecem gostar dos gestores, mas citam a impotência desse nível de gestão para resolver os problemas do hospital. Essa situação já foi também relatada pelos próprios gestores, como exposto anteriormente. Na última fala, da técnica Paula, é citada também a distância da gestão em relação aos problemas da assistência, quando é dito que “a gerência dificilmente desce p(s)5()-48-7(i)--11(e)-3(â)17-3(ç)17(ã)-3(o)-32()-69(a)17(g)31(e)-3(Q q BT /F2

perdurar por muito tempo então ocorrem as crises na produção. Nas falas dos trabalhadores do PSRN em comparação aos gestores, percebe-se essa dinâmica de aproximação e distanciamento da compreensão do modelo de gestão do hospital, apesar de os trabalhadores conseguirem se enxergar melhor no pólo de execução da atividade.

Em algumas falas percebe-se a compreensão dos trabalhadores sobre a relação entre o modelo de gestão e a situação atual do PSRN:

[...] eu acho que o primário é aquele mais imediato que você tem, a gestão mais imediata né, aí depende, a gerência de enfermagem depende da direção, depende da Secretaria de Saúde, depende da Secretaria de Finanças, depende da Secretaria de Planejamento. Então, são coisas assim que não estão ao seu alcance né. (Antonio)

[...] e quando a gente faz uma greve não temos apoio nem da classe e nem da política, dos políticos que estão atuando né, não temos apoio (...). [...] as pessoas fazem chacota dizendo "ah, tu trabalha lá no pior hospital do Brasil", mas eu não me sinto assim, eu não acredito, eu posso trabalhar no pior hospital pela questão de política. (Carla)

[...] as pessoas são imediatistas, querem se livrar só daquele problema, não existe política que vá realmente melhorar isso aqui. Isso é culpa da política do governo, mas quem que leva porrada? Somos nós. (Bernardo)

Todos os trabalhadores percebem que as decisões que tem que tomar na execução de sua atividade está interrelacionado com vários fatores burocráticos do hospital, como: na gestão da política pública de saúde no estado, no modelo de organização da gestão do trabalho, nas condições precárias de trabalho como, também, nos hábitos indisciplinados, cristalizados na execução da tarefa e outros.

Os enfermeiros enfatizam o quanto os problemas acima citados interferem e limitam a sua autonomia e as tomadas de decisões no hospital:

[...] por exemplo, aqui a gente tem é, aqui na UCE a gente tem rotinas, rotina de paciente que vem, é rotina de visita, de material que tem que ter, então às vezes, por exemplo, o leito foi para um paciente que a gente vai lá conversa com o enfermeiro do setor e já deixa tudo certo, só esperando o paciente, aí de repente porque um outro paciente que apareceu é amigo do fulano, do sicrano da direção de não sei onde, aí vem e muda tudinho. [...] Isso é um exemplo que pode ser dado, em relação à rotina daqui de dentro, você diz que é para ser assim, aí de repente só por que é a direção, eles vêm e modificam tudo [...]. Tira a autonomia da gente, do setor que tem se organizar, a equipe ela cobra da gente, por que fulano e fulano podem fazer isso e outro não pode, eles querem saber o porquê. Porque um tem certos privilégios e outro não tem, por que deveria ser para todo mundo. (Renata)

[...] eu tenho autonomia para desempenhar o meu trabalho em alguns aspectos e em outros não. Se eu não consigo fazer uma coisa que eu sei que eu tenho que fazer, que é necessário ser feito mas eu não consigo desempenhar aquilo por várias questões, materiais, de infra estrutura e tal, eu estou perdendo a minha autonomia de trabalho por que eu não vou estar sendo respeitado na minha função de trabalho no seu todo né e o paciente está sendo privado dessa assistência né. Então, isso tira a minha autonomia, eu considero que isso daí da autonomia de trabalho, ele me priva de fazer a minha função da forma que eu deveria estar fazendo. Nesse sentido eu perco a minha autonomia. (Ricardo)

Decisão técnica limitada. Decisão técnica limitada porque não tem os aparatos necessários pra realizar um trabalho ideal. (Antonio)

Observa-se que os gestores nem sempre se posicionam de uma maneira aberta e democrática e os trabalhadores sentem dificuldades para serem incluídos nos processos de tomada de decisão, em alguns momentos até os próprios gestores sentem-se excluídos quando se visualiza a gestão da rede de saúde como um todo.

Em suma, compreende-se que as queixas de impotência fazem parte do consentimento de trabalhadores e gestores quanto a sua submissão. Sobre isto Dejours (2011j) afirma que os métodos de dominação só são efetivos quando uma parcela considerável de trabalhadores e gestores se engajarem na sua implantação.

Toda organização do trabalho é desestabilizadora para a saúde, ou seja, sempre envolve um sofrimento, o diferencial é que alguns modos de gestão são mais favoráveis à negociação da superação desse sofrimento. “A saúde, o prazer no trabalho, a realização de si mesmo, a construção da identidade são ganhos com relação ao sofrimento, componente básico da relação de trabalho” (DEJOURS, 2011j, p. 434).

6.2.3 Sugestões de Mudança: “[...] nós que estamos vendo o que está realmente acontecendo com o setor, com o hospital, porque nós que estamos lá ralando”.

A técnica Daiana, na sua fala acima, sintetiza o nosso entendimento de que os trabalhadores têm conhecimento sobre sua atividade e isso lhes empodera para proporem mudanças. Rollo (2007, p. 55) cita como um dos desafios do SUS, a descoberta de como fazer “a mobilização de trabalhadores, gestores e usuários no cotidiano das práticas de atenção e gestão na saúde, processos moleculares de mudança nos seus territórios de trabalho, de modo a garantir o compartilhamento de uma vida digna de ser vivida por e para todos”.

Em momentos das entrevistas individuais e grupal, os trabalhadores e também os gestores falaram sobre como o hospital poderia melhorar, sugerindo aspectos de mudança que diziam respeito ao modo de gestão, ao ambiente e condições do local e, também, à realização de ações voltadas para os trabalhadores.

Quanto aos aspectos da gestão, a fala foi em torno da criação de espaços para se ouvir o trabalhador, como podemos perceber nas seguintes falas:

[...] então tem que, talvez, não sei, fazer mais reuniões, aproximar mais para ver o que realmente está precisando. (Bianca)

[...] aceitasse mais nossas ideias, por que nós estamos lá, é nós que estamos lá na frente do trabalho, nós que estamos vendo o que está realmente acontecendo com o setor, com o hospital, porque nós que estamos lá ralando. Então se ele, é, pudesse abrir para sugestões, seria ótimo, porque ninguém está escolhendo assim uma coisa

para ficar sem trabalhar, sem melhorar. Tudo que a gente dá sugestão é para melhoria do trabalho, para melhorar o trabalho. (Daiana)

Esse posicionamento está inserido na proposta da Política Nacional de Humanização do SUS, que propõe a ampliação da gestão através de algumas formas como o aumento do “[...] grau de democracia interna nas organizações, problematizar a relação entre a atividade da gestão e a gestão da atividade, instalar dispositivos que permitam a circulação da palavra e tomadas de decisão mais participativas [...]” (BARROS; BARROS, 2007, p. 69).

Salienta-se a importância de ouvir os trabalhadores, Lancman (2011, p. 43) defende a criação de espaços de discussão nos locais de trabalho, pois entende que “os trabalhadores são capazes de se proteger, de encontrar uma saída, possuem capacidade de emancipação, de reapropriação, de transformação e reconstrução da realidade”.

Sara também fala dessa necessidade de estar mais perto da assistência quando se refere à equipe da Secretaria de Saúde:

Aí eu acho que deveria existir uma equipe da SESA que vá mais aos hospitais para sentar nas gerências, eu não sei se sou eu que tenho que pedir né. Vamos tentar fazer um trabalho em serviço, não adianta fazer um curso de quatro dias, eu não tenho gente pra tirar quatro dias para cuidar [...]. (G. Sara)

Outro ponto comum se refere às condições do PSRN. Alguns pedem por contratação de mais profissionais e outros por melhorias no ambiente físico e nos equipamentos e materiais:

[...] eu quero um ambiente de trabalho onde os pacientes fiquem em um local que lhes dê privacidade, onde eu possa trabalhar com calma né, onde eu possa conversar com o paciente sem que outras pessoas consigam escutar minha conversa com ele, isso não é nada demais, isso é o básico do básico para prestar uma boa assistência né. (Ricardo)

[...] nós que trabalhamos aqui a gente reconhece qual é a verdadeira dificuldade, no caso aqui é falta de estrutura realmente, por que profissionais tem muitos, os melhores eu suponho que aqui tenha, mas aí a falta de estrutura deixa a pessoa cansada porque você trabalha muito mais [...]. (Vitória)

Eu acho que vendo nosso próprio sistema né de não poder oferecer aquilo que qualifica teu trabalho. Eu acho que se você pudesse oferecer esse suporte né, suporte ao paciente você não teria muita dificuldade para passar pela sua assistência, para passar, para atravessar o seu dia, por que você deixar confortável o seu paciente já é muita coisa, atenua a dor dele e a preocupação do acompanhante. Então eu acho que isso já seria uns 50% da nossa assistência. (Helena)

Sara sugere mudanças nessa mesma direção:

[...] eu acredito que só com o aumento de recursos humanos e uma melhora no hospital, porque não é fácil, anos e anos trabalhando naquelas condições, sobrecarregados, com tudo defasado, os equipamentos quebrados, velhos, e vendo, às vezes, outros evoluírem, né, e, às vezes, o PSRN sempre fica naquela dificuldade por uma série de motivos. (Sara)

Bianca e Naiara falam, também, das soluções para a situação do PSRN na rede local:

Eu acho que se tivesse um mínimo de organização aqui as coisas andariam muito, porque tem especialistas, só tem aqui, então, querendo ou não, aqui é o lugar onde as coisas vão se resolver, então tem que vir pra cá, não adianta. Construíram um hospital lindo e maravilhoso lá na região central do Estado, mas não tem especialista. O que resolve? Não faz nem metade dos procedimentos que a gente faz aqui né. (Bianca)

[...] eu acho que se diminuir um pouco mais aquela, o número de pessoas que chegam lá, por que às vezes tem pessoas que vão para lá e não tem necessidade de ficar lá, entendeu, porque poderia estar aonde está, que nem os pacientes do interior que vem do interior pra uma avaliação com o especialista e vai para lá só para ficar aguardando uma vaga no PSRN ou para o HG. Ficava no seu município e só vinha para consulta com o especialista, aí eles ficam lá coitado sem lugar ou às vezes ocupando o lugar de outro que precisa estar lá. Eu acho que depois que esse fluxo começar realmente a funcionar, essa regulamentação, o novo protocolo realmente funcionar eu acho que vai fechar um pouco as portas do PSRN e a gente vai ter mais condições de trabalho, atender realmente a clientela que a gente tem que atender. (Naiara)

Os trabalhadores sugerem intervenções no modo de gerir o PSRN e em relação a gestão da rede de saúde como um todo. Dejours (2011b) corrobora esse posicionamento ao dizer que as intervenções não devem ocorrer somente sobre os indivíduos de forma isolada, mas sim devem se voltar para a organização do trabalho.

Ainda assim, os participantes citam a necessidade de ações voltadas para os trabalhadores do hospital. Daiana e Helena citam a necessidade de cursos:

Servidor hoje da saúde ele está precisando de reciclagem, muito, porque tem muitas coisas assim que você aprendeu em sala de aula e que hoje já não estão mais assim como você aprendeu. Tem muitas coisas novas que estão surgindo e você não está sabendo, então assim, hoje, eu acho que a gente está precisando de uma reciclagem para se aprimorar cada vez mais, se preparar para o que entra no PSRN. (Daiana)

[...] uma atualização para reciclar novas tendências, mesmo que eu não seja de uma equipe do curativo eu também deveria estar por dentro, os novos produtos de curativo. Deveria ser uma coisa assim assídua para a gente, reciclagem, às vezes eu estou obsoleta para certas coisas. (Helena)

Bianca fala sobre a necessidade de ter uma contra partida diferente para os servidores:

Eu acho que deveria ter alguns benefícios para os profissionais que trabalham, assim, não só financeiros sabe, se pudesse dar uma folga, se trabalhou muito num dia, de repente, dá uma folga e a equipe segura no outro dia que está mais tranquilo. Eu acho que se tivesse uma contra partida diferente. (Bianca)

Sara cita a importância de ações focadas na Saúde do Trabalhador:

[...] deveria ter órgão do Estado mais presente para trabalhar essa parte, porque quem está inserido no contexto, parece que falta, não tem como, como que a gente vai ter tempo, a gente faz tudo. Tinha que ter pessoas, órgãos do governo, para trabalhar na saúde do trabalhador mesmo, tanto a parte psicológica como física. (G. Sara)

Outros técnicos pedem por reconhecimento e valorização do trabalho que desempenham no hospital:

[...] queria que a importância da enfermagem, do nosso trabalho, fosse mais destacado, fosse mais valorizado né. (Bernardo)

[...] que motivo, que vontade, que motivação eu vou ter de continuar me desempenhando, dando o meu melhor se eu não tenho esse reconhecimento né. Então, o reconhecimento da importância do nosso trabalho, e, ainda, principalmente nas condições precárias, adversas que enfrentamos aqui nesse PSRN, seria de fundamental importância pra que nós continuássemos a desenvolver o nosso melhor. (Bernardo)

[...] a gente tinha que ter mais respeito, as pessoas deveriam valorizar mais a gente. Porque trabalhar com vidas não é para todo mundo, não é para todos. (Carla)

[...] o que falta é valorização, é eles entenderem que a gente trabalha com vida [...]. (Amanda)

Observa-se a necessidade de ouvir os trabalhadores e incluí-los nos processos de tomada de decisão, pois eles têm conhecimento suficiente para contribuir com a melhoria dos processos de trabalho. Dessa forma também se sentem valorizados e experimentam a satisfação com seu trabalho.

Para Barros e Barros (2007, p. 70):

Aumentar o grau de autonomia dos trabalhadores nos processos de pensar-fazer seu trabalho, ampliar o grau de abertura aos processos de criação sustentando a indissociabilidade entre atenção e gestão, no caso do processo de trabalho em saúde, permite, a nosso ver, transitar da dor ao prazer no trabalho sem que com isso caiamos na banalização do sofrimento ou na idealização do prazer.

Percebe-se que os trabalhadores do PSRN detêm conhecimento sobre a sua realidade e pedem para serem ouvidos e reconhecidos por esse saber. Tal pedido não pode ser negado, já que sua negação pode ser fonte de sofrimento e, conseqüentemente, adoecimento dos profissionais. Esse saber não se limita apenas à execução de sua atividade mas se estende sobre o contexto de saúde da rede local, como percebe-se nas falas acima. Reforça-se, então, a importância da inclusão dos trabalhadores nas tomadas de decisões.

6.3 Sinais e sintomas: “eu tenho uma teoria, que no PSRN ou você já surtou, ou está surtando, ou irá surtar”.

Nesta etapa, buscam-se através dos depoimentos dos trabalhadores do PSRN as vivências de sofrimento, de prazer que evidenciam as dificuldades enfrentadas na realidade do trabalho e como estas afetam a singularidade de cada sujeito no grupo.

Nos depoimentos procurou-se por expressões relacionadas com o adoecimento físico e psíquico, riscos relacionados à atividade, sobrecarga do trabalho e os sentimentos e sensações vivenciados pelos trabalhadores quanto à atividade. Nesta perspectiva, foram divididas as categorias de análise temática encontradas nas falas em três subcategorias: sofrimento; satisfação; e estratégias.

6.3.1 Sofrimento: “[...] a pessoa emagrece aí dentro, um povo forte que quando vê está só os pavios”

Para Dejours (2011b) o trabalho tem potencial para causar o pior na saúde do ser humano, mas também tem o mesmo potencial no outro extremo, levando o ser humano a atingir o seu melhor. Para o autor, “sofrimento e prazer apontam a experiência do sujeito em função do fracasso ou do sucesso de seus esforços para resolver suas contradições” (DEJOURS, 2011b, p. 341).

Nesse sentido, vários são os relatos de mal estares decorrentes do trabalho. É recorrente a queixa de dores na coluna devido às condições posturais em que realizam o trabalho no hospital, no qual devem realizar a assistência em posições que não lhes favorecem, por exemplo, quando atendem o paciente no chão ou têm que fazer força para remover o paciente da maca para o leito. Os trabalhadores afirmam que os problemas de coluna e dores musculares vivenciados estão relacionados às posturas e movimentos inadequados no momento da assistência ao paciente.

Os relatos sobre as dores osteomusculares no dia-a-dia de trabalho no PRSN são condizentes com os encontrados na pesquisa de Barros et al (2007), na qual observaram grande incidência de transtornos osteomusculares entre os trabalhadores, além de queixas sobre o tempo excessivo que permanecem em pé e a necessidade de levantar peso durante a atividade.

Outro adoecimento muito descrito foi relacionado à questão respiratória, como gripe, pneumonia, viroses e infecções de garganta. Alguns trabalhadores consideram esse tipo de adoecimento como parte da rotina do hospital e alguns relatam que chegam a trabalhar quando estão acometidos desse tipo de adoecimento mais “leve”. Enfatizam, ainda que continuam a trabalhar devido a escassez de profissionais no hospital.

Eu trabalhei muito na sexta feira que eu fiz um plantão para outra pessoa e aí não podia nem pegar atestado na verdade, acho que se fosse o meu talvez eu até tivesse pego porque eu trabalhei muito ruim assim, gripe forte mesmo. (Bianca)

Hoje mesmo eu estou com a garganta inflamada né, com coriza mas eu não estou prostrado, então eu não estou me sentindo mal para ficar de cama, mas minha garganta está inflamada, estou tomando anti-inflamatório mas nada que me faça cair de cama. E o setor é extremamente carente de profissionais né, então eu tive que trabalhar domingo porque faltou enfermeiro. Eu trabalhei no domingo e segunda feira porque faltou enfermeiro e o outro enfermeiro está de atestado aí me ligaram meio dia "Ricardo vem fazer um plantão", aí eu "cara, tá bom eu vou", aí eu fui fazer porque não tinha enfermeiro. Não é por bondade, é por que são meus amigos também o pessoal da gerência e o setor precisa ter um enfermeiro aqui para coordenar toda a equipe, então a gente acaba fazendo esse tipo de coisa. Mas doente, doente, prostrado mesmo eu nunca trabalhei, nunca aconteceu de trabalhar. (Ricardo)

[...] o nosso trabalho realmente é muito cansativo. Pela falta de estrutura que a gente tem aqui é muito cansativo mesmo, e eu tenho certeza que muitas aqui já trabalharam doentes. Eu já trabalhei muito doente, muitas vezes eu tive crise

alérgica por causa do material, entendeu e continuar porque eu sabia que se eu saísse do plantão ia ficar mais difícil para as colegas. (Paula)

Eu já trabalhei muitas vezes resfriada. (Luana)

Apesar dos muitos relatos sobre adoecimentos, ainda observam-se profissionais afirmando que nunca adoeceram e que não precisaram pedir licença médica ou apenas poucas vezes:

Eu nunca peguei nenhum atestado. (Ricardo)

Eu nunca adoeci, nesses três anos eu nunca adoeci não, e olha que eu trabalho no pronto socorro onde entra de um tudo [...]. (Daiana)

[...] coisinha boba, cólica, super pouco atestado, nossa, tem, nem me lembro quando foi a última vez que eu peguei atestado, tem um tempinho. Peguei mais quando eu mudei para cá, pegava umas gripes muito fortes, assim meu organismo não estava acostumado, peguei dengue também, mas tudo coisinhas simples assim poucos dias. (Bianca)

Além dessas condições, Pitta (1999) afirma dos riscos da alteração biológica ocasionada pelo trabalho em turno e principalmente o expediente noturno. Nesse sentido, foi perguntando pela pesquisadora sobre como os trabalhadores se sentiam após saírem de um plantão no PSRN. Obtiveram-se algumas respostas que demonstram como as condições de trabalho no hospital impactam na saúde dos profissionais. Um ponto marcante nas falas é a negação de influências na questão emocional de cada um:

Eu saio de lá acabada [risos], cansada, saio muito cansada. Assim quanto a questão emocional não tenho muito o que reclamar não, mas cansaço físico é muito. (Naiara)

O que eu levo, às vezes, é o cansaço físico, não o mental, não é questão do mental. Como eu disse a você, às vezes eu estou com adrenalina, super adrenalina ainda, a minha mente custa a acalmar, a se desligar. Não levo o estresse, eu levo o cansaço, o cansaço físico, talvez minha impaciência seja o cansaço físico, né, mas geralmente eu não levo. (Helena)

Apesar dessa negação de influências no psiquismo, em outros momentos, percebe-se que o emocional também é afetado pelo trabalho. As falas a seguir nos possibilitam visualizar essa situação:

Então esses são os que tiveram infarto, alguns tiveram AVC, problema cardíaco, alguma coisa assim, são essas pessoas mais agressivas [...]. (Ingride)

[...] a gente tem uma, como é que eu posso dizer, um desgaste físico muito grande né. Então, assim, a gente trabalha muito em condições não muito favoráveis, então a agente acaba cansando muito, se chateando com as situações, claro que a gente tenta sempre contornar a situação para o paciente, que é quem está no final dessa linha, que está na ponta né, para que ele receba o melhor possível dentro daquilo que a gente tem para oferecer. (Nelson)

[...] o trabalho aqui, às vezes junta com o estresse de nossa vida fora né, e às vezes pode acarretar alguma coisa. (Joana)

Mas em algumas falas do grupo, os trabalhadores descrevem sobre o impacto na saúde mental dos trabalhadores:

[...] teve colega que veio bater na psiquiatria. (Bernardo)

Pela pressão, eles não aguentaram e surtaram. (Carla)

Tem colegas da gente que chega a surtar aqui [...]. (Paula)

Tudo virando paciente psiquiátrico. (Joana)

A gente está conversando com um colega da gente, a gente vê que ele não está falando mais... (Luana); Coisa com coisa. (Paula); Normal, está desorientando. (Joana); A gente trabalha muito tempo junto que a gente percebe, isso assusta. (Paula)

Pelas falas acima se percebe o grande risco de adoecimento mental vivenciado pelos trabalhadores. O enfermeiro Nelson, que atua no PSRN há 3 anos, relata sobre os adoecimentos vivenciados em função do trabalho:

[...] as infecções respiratórias elas são muito comuns, aqui para a gente que trabalha no PSRN. Infecções de garganta repetitiva já são comuns, é normal. Fora isso eu tive uma avaliação com o ortopedista, eu tenho uma escoliose com desvio de cinco graus entendeu, que a conduta inicialmente seria só a fisioterapia, mas antes eu não tinha isso né. Eu faço acompanhamento com dermatologista por conta de queda de cabelo que eu atribuo a grande ansiedade, nervosismo, estresse que a gente passa aqui no PSRN, então eu atribuo a isso também. Também desenvolvi, depois que comecei a trabalhar, gastrite, porque quando eu trabalhava na emergência, não vou atribuir a só isso, mas isso seria um dos fatores, eu não tinha uma alimentação muito regular né, às vezes a sala de emergência estava muito agitada, então às vezes eu não almoçava ou almoçava muito tarde entendeu, e aí assim eu não conseguia controlar isso muito bem. Então gastrite também, acho que só, fora o cansaço mental também que não deixa de ser um problema. (Nelson)

Sara se posiciona sobre essa situação como uma das causas da carência de profissionais:

Além da carência de recursos humanos, as nossas condições de trabalho. Se todo mundo tivesse num leito, trabalhasse mais ou menos assim o quantitativo do dimensionamento adequado, não teria esse número de estresse, não teria esse número de atestados médicos, não teria esse número de justificativas. (Sara)

Trabalhar em um hospital, de forma geral é lidar com dor e sofrimento, uma situação cotidiana é ter que lidar com a morte. No PSRN os trabalhadores também citaram esse aspecto. Em algumas falas pode-se perceber o sofrimento dos trabalhadores por atuarem em um ambiente como o PSRN que não oferece as condições necessárias para realizarem a assistência ao paciente da forma como deveriam.

Na pesquisa de Barros et al (2007), também, constataram que os trabalhadores não estavam satisfeitos com a qualidade da sua assistência ao paciente devido a falta de condições de trabalho. Os trabalhadores do PSRN relatam sobre os sentimentos e sensações antes de entrar ou após sair de um plantão:

[...] a sensação que a gente tem, por exemplo, de passar o plantão é como se eu tivesse pego uma bomba relógio e entregue para o outro, agora toma que a bomba é sua, no outro dia se eu assumo o plantão a bomba volta para mim. (Bianca)

[...] a gente observa isso quando volta para casa também, você trabalha aqui tem aquele ritmo, aquela agitação que é um pronto socorro, que é inerente ao pronto socorro e aí quando você chega em casa você acaba também ficando elétrico um pouco, com o tempo eu observei isso. (Nelson)

É terrível, pode ser que seja aquela cara terrível, o dia terrível, sai daqui, nossa, tanto fisicamente travada quanto psicologicamente, eu não consigo, chegar em casa eu não consigo ficar assim parar, minha adrenalina, eu preciso fazer alguma outra coisa, preciso continuar, assistir um filme, alguma coisa, preciso dormir bem mais tarde porque minha adrenalina sempre está a mil. (Helena)

Tem dias que eu saio daqui do plantão que eu respiro fundo e realmente tem dias que você sai daqui dizendo, eu sempre falo, algumas vezes eu falo: "nossa amanhã tem de novo". (Daiana)

Em algumas falas é explícito o sofrimento dos trabalhadores:

Quando acontece algum problema assim que vê: “nossa do céu”, você respira fundo para não chorar e cair fora daqui. Qual medo tem plantão que dá vontade de você sair correndo, sério. (Daiana)

[...] a gente fica nessa frustração que é uma frustração de todos, não existe ninguém que trabalha aqui dentro do hospital PSRN que possa falar que está feliz [...]. (Bernardo)

Dá vontade de chorar, por que muitas vezes aqui é considerado como um campo de guerra [...]. (Bernardo)

[...] se a pessoa não for forte, dá vontade de chorar. (Bernardo)

[...] parece que o servidor está lá incluso naquela lama, eu acho que é assim que a enfermagem se sente no PSRN, ela está presa naquela areia movediça puxando para baixo, porque olha para os quatro cantos e só vê as coisas difíceis, e assim, quase sem esperança de ser resgatado. (Sara)

Sara fala sobre o seu sofrimento em trabalhar na gerência de enfermagem:

[...] eu já tentei entregar a gerência algumas vezes, só que a direção pede para ter um pouco mais de paciência, mas assim, é um jogo de cintura que tem que ter a cada minuto, né. (Sara)

Você imagina ser gerente de enfermagem de uma enfermagem do pronto socorro daquele jeito. Às vezes tem gente que pensa assim, “não sei como você aguenta”. Porque às vezes dá vontade assim de ir lá para fazer uma greve de fome em frente ao palácio, para dizer assim: alguém está olhando para a enfermagem do PSRN, pelo PSRN, pelos pacientes? (Sara)

Observa-se, também, que a rotina de cuidados mostra-se como um trabalho repetitivo em alguns setores. Pelo discurso dos profissionais podemos perceber a automatização dos gestos na execução das atividades. Nesse assunto a técnica Joana fala que isso é “Rotina contínua, pode ser que a gente faz sem sentir [...]”. A gestora Sara mostra preocupação com essa questão que ela denomina de mecanização do trabalho da enfermagem:

A gente está tentando resgatar essa questão da apresentação, de você identificar o seu paciente, que o curativo é função da enfermagem, o desprezo das excreções é

atribuição da enfermagem, que a enfermagem não pode chegar e simplesmente entregar o lençol e: “oh dê o banho no paciente e depois me chame para fazer o curativo”. É obrigação nossa, a gente pode pedir ajuda ao acompanhante, a-ju-da, mas é obrigação nossa. Até por que têm patologias que tem que mexer o paciente de uma certa forma e que eles não têm conhecimento e pode agravar. O paciente não consegue se alimentar e não tem acompanhante, é obrigação nossa e não do acompanhante do outro. Entendeu? Aí assim, a gente está de novo, são as mesmas reuniões de anos, de 16 anos de profissão, tentando resgatar devido a mecanização. (Sara)

Observa-se que os trabalhadores e a gestora comparam os profissionais a uma máquina, para dizer de uma atividade repetitiva e fria, sem contato afetivo com o paciente. Dejours (2011c) afirma que quando o trabalho é somente execução da prescrição então é uma atividade desumana que pode ser realizada por uma máquina, para o trabalho ser da dimensão do humano deve existir uma dimensão subjetiva de implicação na atividade, e parece que é justamente esse aspecto que está se desgastando no PSRN.

Os trabalhadores referem terem percebido mudanças no seu modo de ser devido ao trabalho no PSRN e, também, falam sobre o fato de levarem para casa as dificuldades vivenciadas no hospital. Os trabalhadores falam ainda sobre o acúmulo das situações vivenciadas no trabalho com as situações familiares e como o trabalho influencia nessa questão:

[...] às vezes a gente trabalha muito na faculdade, no curso técnico a questão: eu chego no trabalho da porta para trás os problemas de casa, eu chego em casa da porta para trás os problemas do hospital, mas é difícil, né, a gente acaba carregando um pouquinho. Quando você chega, você quer descansar, aí tem filho, tem marido, tem tal, tem a dívida, acaba extrapola tudo. (Sara)

O meu esposo ele fala, compara, um dia antes de chegar o meu plantão ele fala: "o antes do PSRN e o pós PSRN", ele fala. Porque é, realmente, tem sobrecarga em casa, porque, você como, é, por exemplo, hoje é o meu primeiro dia, amanhã é o segundo, então ontem foi aquilo, né, você fica aquela tensão: "eita PSRN amanhã". (Daiana)

Eu falo para o meu marido que ele, quando ele sai do trabalho dele, acabou o trabalho dele e eu não, quando eu saio do meu trabalho eu continuo trabalhando em casa. (Amanda)

[...] eu já tive problema com meu marido em relação a trabalhar aqui, por que às vezes você, por necessidade mesmo, porque você ganha não o suficiente, não que ganhe pouco, mas não o suficiente pelo que você faz você, às vezes, tem que ficar 24 horas. (Vitória)

Observa-se a impossibilidade de separação entre trabalho e vida fora do trabalho. Para Dejours (2011c) o funcionamento psíquico não se segmenta, portanto uma esfera de atuação sempre irá interferir em outro campo da vida do sujeito.

Nesse assunto, a gestora Sara fala sobre sua percepção de que os trabalhadores da enfermagem tem muitas dificuldades pessoais, como se a luta da categoria também se estendesse para uma luta em sua casa e cita alguns exemplos:

[...] então a gente vê que a categoria da enfermagem, não sei se são todas, são pessoas que têm muitos problemas pessoais, é incrível. A gente escuta muito todo dia, muitos problemas pessoais. Quando eu digo assim nesse sentido, é, parece que tudo que está lutando, isso que a gente escuta muito: a enfermagem é desvalorizada, a enfermagem está lutando. Isso são palavras que eu escuto no dia a dia [...]. (Sara)

[...] é incrível, dava para fazer um trabalho, o monte de problemas que as pessoas têm extra-hospital, conjugais é uma coisa incrível, eu não sei se a população toda está assim, mas na enfermagem é uma coisa [...]. (Sara)

A gente tem funcionário que passa fome, funcionário que chega lá: Sara eu não tenho nada para comer. Eu saí pedindo um pouquinho sem dizer pra quem e dar 20 reais. Você entendeu? Essa é uma sobrecarga pessoal, é muito problema pessoal, não sei se todo mundo é assim, mas na enfermagem é uma coisa de louco. Entendeu? É uma coisa de louco, assim, aí, mais uma vez o ambiente, tem que se organizar o pronto socorro. Tem que humanizar para que o servidor consiga atender melhor a população. O ambiente influencia porque é complicado trabalhar ali. (Sara)

O enfermeiro Antonio também fala sobre essa mesma percepção:

Eu acompanho que os funcionários hoje em dia não sabem talvez numa visão unifocal, só no meu foco, mas eu estou achando que os funcionários bebem demais, fumam demais, estressam demais, andam estressados demais e eu acho que tudo isso aí tem como, digamos assim, como fonte o estresse de trabalho dentro desse contexto, frustração que esteja provocando mais isso. (Antonio)

Em outro ponto citado, tanto os gestores como os próprios trabalhadores referem estarem desmotivados devido às condições aos quais estão submetidos no PSRN. Nessa direção surgem queixas também sobre a falta de reconhecimento no trabalho.

Então, olha, eu confesso que no meu primeiro ano eu tinha muito prazer, eu acho que é por ser tudo novo, eu estava aprendendo, era tudo muito empolgante, eu tinha mais pique para trabalhar, então era muito prazeroso vir para cá entendeu. Hoje eu estou cansado, olha só, eu não tenho nem três anos de serviço público, eu estou começando agora, mas eu confesso que eu já estou cansado, e a maior prova disse é que alguns plantões do mês eu faço questão de trocar, de pagar para o colega fazer, porque a gente não tem mais aquela alegria, aquela disposição de vir. Então eu acho que hoje eu trabalho mais nesse sentido entendeu, eu venho por obrigação, eu não deixo isso influenciar na minha assistência, quando eu estou aqui eu faço, eu me dedico da melhor forma que eu posso, mas é sofrimento, eu vejo como sofrimento. (Nelson)

[...] a gente é desvalorizado, muito, se alguém disser que está valorizado, está mentindo, porque a gente não é valorizado. (Daiana)

O que eu não tenho é reconhecimento profissional e financeiro, entendeu. Então a gente tem funcionários do próprio hospital, por exemplo, que não reconhecem o papel do enfermeiro, o que o enfermeiro representa dentro de uma unidade entendeu, então a gente não tem esse reconhecimento dentro do PSRN, a gente não tem dentro do estado de Rondônia, entendeu. (Nelson)

[...] se você tem 100 coisas para fazer e você fez 99 certo e 1 errada, as pessoas só vão lembrar aquele 1 errado que você fez, mas os 99 certo você nunca é reconhecido. (Carla)

Essa queixa é um ponto fundamental para compreender a situação vivenciada pelos trabalhadores, pois, para Dejours (2012), o reconhecimento é imprescindível no trabalho já

que tem o potencial de transformar o sofrimento em prazer. O reconhecimento é uma retribuição simbólica direcionada à atividade executada pelos profissionais.

Nessa questão, observa-se também a falta de reconhecimento do papel executado pelo PSRN na rede de saúde. Alguns trabalhadores falam sobre a dificuldade que é trabalhar no PSRN devido à imagem que a população tem do hospital e acaba refletindo em quem está lá na assistência:

[...] é um lixo ficar trabalhando aqui, porque aqui é um local horrível e nós que estamos trabalhando aqui é como se fosse um lixo também. [...] uma pessoa assim que eu encontro e eu falo de trabalho e elas falam de uma forma ruim e aí diz "ah, você faz isso, isso, isso, você dá banho no paciente, limpa cocô, pega em sangue", tudo que é de ruim coloca, vendo essa parte aí, mas não vê o outro lado também. (Tania)

É eu [falo que] trabalho no PSRN, com um medo, é porque vai saber se o cara já não passou por aqui, aí depois vai descascar em cima de mim. (Ingride)

[...] eu já me senti constrangida quando alguém chega e vem falar para mim assim "nossa, boa sorte lá naquele inferno", entendeu. Dói. (Carla)

É humilhante a gente falar que trabalha aqui. (Sabrina)

O gestor Luís também fala sobre essa situação:

[...] eu tenho iniciado as atividade e busquei realmente, primeiro, é, levantar a autoestima dos servidores do PSRN, por que o PSRN tinha uma situação assim, todo mundo quando fala assim do PSRN acha que é um hospital tipo de guerra, que é um hospital de carnificina, que chega aqui e todo mundo fica abandonado, e a gente via essa desmotivação dos servidores. (Luís)

Essa desmotivação dos trabalhadores pode ser devido a falta do reconhecimento de seu trabalho. Segundo Dejours (2011e) o trabalho é um continuum e a desvalorização decorrente do não reconhecimento influencia também o tempo do não trabalho e outros aspectos da vida cotidiana do trabalhador. Para o autor, “sem reconhecimento só há sofrimento patogênico e estratégias defensivas, sem reconhecimento, haverá inevitavelmente desmobilização” (DEJOURS, 2011e, p. 307).

Todas as questões sobre o trabalho no PSRN, condições inadequadas, carência de recursos humanos, acabam por aumentar a demanda de trabalho causando sobrecarga nos trabalhadores. Além da sobrecarga de trabalho, devido a superlotação e às condições do hospital, ainda há a questão da carga horária de trabalho da equipe de enfermagem, pois muitos profissionais possuem mais de um vínculo empregatício ou acabam por fazer um número de plantões excessivo para complementar a renda.

Essa sobrecarga do trabalho pode impactar na qualidade do atendimento, segundo Pitta (1999) a utilização do horário de trabalho para realizar o repouso que deveria ser vivenciado nos dias de folga é prática comum nos hospitais. Além dos plantões extras, que oficialmente

podem chegar até sete, de doze horas cada, alguns trabalhadores se submetem aos plantões pagos, quando um profissional paga o outro para realizar o plantão no seu dia de trabalho.

Pitta (1999) afirma que o trabalho em turnos amplia a possibilidade do aumento da jornada de trabalho pela submissão do trabalhador a mais de um emprego, que geralmente acontece devido aos baixos salários da categoria. Com esse aumento da jornada também se amplia a potencialidade de adoecimento do profissional.

O enfermeiro Nelson relata sobre como se sente ao sair de um plantão no PSRN e cita exemplo de situação vivenciada por ele após um dia de trabalho:

Acho que morto definiria tudo. [risos] Muito, muito, muito cansado. E eu, sem pensar duas vezes eu saio daqui pensando em cama, eu preciso dormir, eu preciso dormir. Sabe, inclusive assim, tiveram três situações bem importantes, bem complicadas, eu saí do plantão muito cansado, muito cansado, isso foi, eu tive duas no primeiro ano acho que uma no ano passado e uma esse ano, ou foi duas esse ano, eu sei que foi umas quatro vezes, não lembro, mas eu estar dirigindo no plantão voltando para casa e eu quase bati o carro. E eu que pensei que eu nunca ia dormir por que eu até me considero esperto no trânsito assim, eu parei o carro em cima do carro da frente e eu estava dormindo ao volante e eu não percebi. Graças a Deus eu consegui parar em cima, eu consegui frear. Então, assim, eu vejo que um funcionário que sai do plantão não tendo condições nem de voltar para casa, tem alguma coisa errada né, tem alguma coisa errada ou comigo ou com o serviço que está ali que faz com que o funcionário fique dessa forma, não sei, mas eu não acho isso normal. Então, assim, eu saio daqui só pensando em dormir, eu preciso descansar pra continuar a fazer as minhas atividades. (Nelson)

Além disso, o trabalho no PSRN também está permeado por riscos. Os trabalhadores relatam que o ambiente hospitalar é considerado contaminado e isso implica na possibilidade de adquirir alguma doença. Alguns trabalhadores falam sobre o medo que sentem de adquirir alguma doença no hospital:

[...] morro de medo de tuberculose, aqui principalmente. (Bianca)

Meu medo é adquirir alguma coisa e levar para casa. (Paula)

O meu [medo] é de me contaminar com alguma coisa, a gente está muito suscetível a isso, a gente não sabe quem que chega [...] quem vê cara não vê o que está rolando dentro do sangue, vai que ele tem alguma coisa ali, infecção, sei lá. (Ingride)

Segundo os trabalhadores, o PSRN é um local onde entram pacientes com todos os tipos de doença e isso expõe os profissionais ao risco de contaminação, principalmente pela falta de equipamentos de proteção. Outra situação relatada é quanto aos acidentes de trabalho, os trabalhadores se referem principalmente a acidente com material perfuro cortante (agulhas e outros).

A técnica de enfermagem Ingride relata sobre uma situação na qual se furou com uma agulha e também sobre o caso de uma colega de trabalho:

Eu fui tirar uma punção aí eu me contaminei, desesperei, fui para o Hospital de Especialidades, aí o povo queria que eu tomasse coquetel, aí eu disse não vou tomar isso não, tinha uma apresentação de trabalho no dia, seu eu tomasse ia ficar

mauzona, disse não, vou apresentar meu trabalho. Eu fiz exames não deu nada, a menina também não tinha nada, menos mal. Teve caso aí que o laboratório trocou o sangue do pessoal, aí a gurria veio se contaminou, ela foi puncionar se contaminou com pérfuro, fizeram exame trocaram o sangue, disseram que o que ela tinha furado era soro positivo e era o outro que estava do lado, então a menina se desesperou, passou o resto da vida aí chorando. Depois foram lá e desfizeram o erro, que não era ele que era contaminado era o que estava do lado, mas aí o emocional da menina foi lá para os pés, a bichinha ficou atacadona. Falei gente como o laboratório faz um negocio desse? Isso dá cadeia, tem que ter cuidado. (Ingride)

Regina e Amanda falam sobre as dificuldades vivenciadas durante o período de gestação e relacionam suas causas com o excesso de sobrecarga do trabalho no PSRN:

Eu tive três abortos espontâneos e não consegui ter filhos. [...] as estatísticas que a gente tem, que os enfermeiros, técnicos e enfermeiros, eles têm muita história de aborto, por que você não consegue, no início da gestação, que é o período que você tem mais repouso, cuidado, você está na escala, você está de plantão. (Regina)

[...] diversas vezes eu passei mal, tive que ir embora mais cedo, ia para a maternidade, por que eu fazia um tipo de esforço que me prejudicava. (Amanda)

No quadro 3, sistematizou-se as falas sobre os riscos vivenciados pelos trabalhadores no dia a dia de trabalho:

Quadro 3 - Fatores de risco no PSRN relatados pelos trabalhadores.

Riscos	Falas
<ul style="list-style-type: none"> • Ambiente contaminado • Acidente de trabalho • Material pérfuro cortante • Falta de EPI 	<p>[...] o ambiente é muito contaminado aqui [...] Ali na frente [...] todos os pacientes estão juntos, todos os pacientes estão a menos de 20 cm um do outro, então infecções cruzadas existem muito e você também está exposto a vários tipos de acidentes, de acidentes de trabalho, você está trabalhando com material pérfuro cortante ajoelhado no chão, você está lidando com curativo com várias pessoas batendo em suas costas, então é muito fácil você adquirir alguma, algum tipo de doença hospitalar. Eu, a maioria assim das minhas doenças foi gripe, garganta inflamada, do próprio ambiente que tem bactérias mais resistentes. (Ricardo)</p> <p>[...] o PSRN é uma porta de entrada de tudo que você não sabe o que é você não sabe o que tem tudo é uma interrogação. Então, o que acontece, já houve casos de colega aqui com tuberculose, já houve casos de colegas aqui que tiveram acidente com pérfuro cortante com paciente positivo, já teve, é, suspeita de meningite por que o paciente chegou aqui, deu entrada, passou pelo pronto socorro com atendimento de uma equipe, com os técnicos, com enfermeiro, com o médico, que tiveram contato, não tinha máscara [...]. (Carla)</p>

Fonte: produção da autora a partir das entrevistas e grupos focais realizados no PSRN em 2012.

Em suma, muitos são os processos de adoecimento vivenciados pelos profissionais da enfermagem no PSRN, abaixo se apresenta os principais motivos de afastamento e situações de sofrimento relatadas por eles nos depoimentos.

Quadro 4 - Processos de adoecimento entre os trabalhadores e gestores sobre as situações vivenciadas no PSRN.

Processos de adoecimento	Depoimentos
<ul style="list-style-type: none"> • Dores na coluna • Gripe • Pneumonia 	<p>[...] uma grande parte dos nossos funcionários estão com problemas relacionados à parte neuromusculoesquelético. Por quê? Não temos material adequado, que seria maca para transportar os pacientes, as macas não andam normalmente, a maioria estão travadas, estão velhas, estão quebradas. E tudo isso aí que deveria ser um facilitador, na realidade complica. Chegando até o ponto de não ter a maca aí o paciente é colocado no chão em cima de uma</p>

• Virose	prancha rígida e o funcionário tendo que ir pegar aquele peso, tirar do chão para colocar ele em cima de uma cama ou em cima de uma maca. Então tudo isso está provocando sérias alterações musculoesqueléticas nos nossos profissionais, problema de coluna, problema de LER e por aí vai. (Antonio)
• Infecções de garganta	Cito um exemplo, eu estou há noventa dias aqui, há cerca de trinta dias eu tive uma broncopneumonia e pelo resultado dos exames ela foi obtida por infecção de bactéria e tenho certeza que pela minha tramitação no hospital, das seis da manhã até oito da noite, eu circulo em todos os setores, inclusive enfermarias para poder manter esse contato, então aconteceu. (Luis)
• Tuberculose	O relógio biológico da gente bagunça todinho. Se eu tirar uns dois, três plantões direto noturno, com quatro dias eu já não durmo mais a noite, não consigo mais dormir, aí altera meu humor, eu fico muito irritada, não tenho mais é, assim, perde a concentração, aí isso às vezes me prejudica. (Naiara)
• Alterações no sono	[...] muitos colegas estão ficando doentes, alguns estão morrendo, a colega que trabalha comigo lá no PSI ela se estressou tanto um dia que ela teve um enfarto [...]. (Bernardo)
• Estresse	É o que eu falo, nosso futuro é virar PSQ. (Joana); P. é virar PSQ?; É, paciente psiquiátrico. (Joana); (risos);
• Problemas cardíacos	[...] não é só o médico que fica triste por ter perdido o seu paciente não. Nós que estamos direto com ele, a gente fica realmente arrasada quando o seu paciente morre, por que tu fica assim: "o que faltou?". (Daiana)
• Desgaste físico	[...] eu não gosto de ver o paciente sofrendo, eu não gosto. É esse suporte que eu gostaria de oferecer, que, às vezes, não tem, por falta de espaço, por falta de um hospital maior pra população. É esse tipo de coisa que você não pode oferecer para ele, para completar o seu serviço. (Helena)
• Alteração emocional	Lá no meu setor a gente brinca que nós somos os robôs da UCE, por que a gente já tem tudo programado. Tal hora já se levanta e faz isso, isso, isso e isso, automático, mesmo quando não há necessidade, a gente está fazendo por costume, por rotina. Então eu sempre falo que nós somos os robôs da UCE. (Joana)
• Surto psíquico	Eu confesso que às vezes não tenho muita paciência em casa. A paciência que eu tenho com o meu paciente, muitas vezes eu não tenho com o meu filho, né. Eu dediquei, eu tive toda aquela paciência, de, pelo termo popular, de aguentar o acompanhante, de aguentar o paciente, mas chegou em casa, às vezes, eu não tenho muita paciência, assim, eu vou e me acosto num lugar [...]. (Helena)
• Lidar com morte dos pacientes	Então a sobrecarga de trabalho, as condições desumanas mesmo que estão no PSRN, devido assim, como eu falei, a vários fatores, são a atual desmotivação da categoria. Eu tenho mais ou menos oito anos de estado, 16 anos de profissão, eu acho que eu nunca peguei uma enfermagem tão desmotivada como nessa última gestão. (Sara)
• Lidar com sofrimento	[...] nós temos família, nós temos filhos e tudo mais, temos despesas a pagar e a gente vê muitas vezes que o nosso lado profissional não está sendo valorizado e isso tudo implica num estresse [...]. (Bernardo)
• Falta de condições de trabalho	[...] é complicada a situação da enfermagem no PSRN, de todos os profissionais, mas, sobretudo a enfermagem, por que lida 24 horas com aquela situação, 24 horas com aquela situação, numa carga horária de 40 horas, a gente sabe que muitos não tem só esse vínculo, e tem toda uma carga por trás [...]. (Sara)
• Trabalho repetitivo	
• Mecanização	
• Mudanças pessoais	
• Influência na vida social	
• Impactos fora do trabalho	
• Falta de motivação	
• Falta de reconhecimento	
• Sobrecarga	
• Plantões extras	
• Mais de um vínculo empregatício	

Fonte: produção da autora a partir das entrevistas e grupos focais realizados no PSRN em 2012.

6.3.2 Satisfação, prazer e significado do trabalho: “Acho que o trabalho aqui é dor, sofrimento, angústia, desespero, também alegria, vida e morte.”

A relação prazer-sofrimento faz parte do trabalhar, uma evidência desta relação é, mesmo com todas as situações vivenciadas no hospital e todo o sofrimento envolvido nessa atividade, ainda foi possível ouvir dos trabalhadores sentimentos positivos do trabalho, pois

os próprios trabalhadores demonstram, em alguns momentos, gostar e sentir-se feliz trabalhando no PSRN.

Dejours (2012) auxilia na compreensão desta questão, para ele o trabalho desempenha uma função psíquica por ser uma das bases para a constituição do sujeito, sendo assim a dinâmica entre prazer e sofrimento também irá interferir nesse processo de forma positiva e negativa. Assim, “processos como reconhecimento, gratificação, mobilização da inteligência, mais do que relacionados à realização do trabalho, estão ligados à constituição da identidade e da subjetividade” (DEJOURS, 2012, p. 38).

Ao analisar as falas do quadro 5, abaixo, se observa a falta de reconhecimento no trabalho. Os trabalhadores destacam mais a frustração de não encontrar reconhecimento pelos esforços que mobilizam para desempenhar suas atividades. Algumas falas enfatizam a importância de serem reconhecidos e valorizados pelo trabalho da enfermagem. Outros técnicos citam a importância do reconhecimento do trabalho pelos pacientes.

Observa-se que o reconhecimento é uma retribuição esperada pelos trabalhadores, mas que nem sempre acontece. Esse ato é um recurso indispensável para fazer funcionar o processo de trabalho e manter a mobilização da inteligência criativa dos profissionais, pois se relaciona aos esforços e contribuição deles à instituição, ainda, a gratidão por essa contribuição (DEJOURS, 2012).

As poucas falas que remetem a um ato de reconhecimento partem dos próprios trabalhadores sobre eles mesmos. Isso pode sinalizar para a existência do julgamento de beleza, que, segundo Dejours (2012) é o reconhecimento do trabalho pelos pares e isso marca o pertencimento do trabalhador a um coletivo ou uma comunidade.

O outro nível de julgamento é o de utilidade, exercido pela hierarquia. No PSRN, os trabalhadores afirmam não se sentirem reconhecidos, porém os gestores falam sobre a importância do reconhecimento e valorização dos servidores e explicam que nas suas ações tentam proporcionar isso aos trabalhadores.

Quadro 5 - Fontes de satisfação no PSRN, segundo os trabalhadores.

Fontes	Falas
• Busca pelo reconhecimento	[...] ser reconhecida no meu trabalho, assim... para mim valeria muito né, e não ser chamado de vagabundo quando a gente reivindica os nossos direitos [...]. (Carla)
• Reconhecimento dos pacientes	[...] quando um paciente chega para você e fala "oh, obrigado enfermeiro por você ter ajudado quando eu estava precisando aqui", isso para gente vale até muito mais que o salário. Eu acho que muitas vezes é por isso que a gente continua trabalhando aqui, por que se fosse só pelo salário mesmo, vai vender cachorro quente que você ganha mais. (Bernardo)
• Reconhecimento dos colegas	[...] nós que somos da área, sabemos da importância que tem a enfermagem no cuidado dos pacientes, sem a equipe de enfermagem, o médico não faz

<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento dos gestores • Adrenalina • Afeto pelo PSRN • Afeto pela equipe • Afeto pelo trabalho • Servir a Deus • Trabalho da enfermagem • Relação de cuidado • Melhora do paciente • Cuidar do paciente • Ser útil a sociedade 	<p>nada [...]. (Bernardo)</p> <p>[...] passei para todos os gestores aqui comigo, que o profissional ele tem que ser reconhecido no trabalho dele. Então, se todos nós temos uma, como fala, uma ficha de serviços prestados ao estado, então se ele presta um bom serviço ele é reconhecido, pelo menos elogiar esse servidor de seis em seis meses, é um modo de avaliar o servidor, que é a partir do que ele passa a ser reconhecido, ele também vai te dar um retorno nesse nível. (Luis)</p> <p>Prazeroso, eu não vou dizer assim prazeroso mas é uma adrenalina, é uma adrenalina né. O trabalho me serve assim como uma adrenalina né. Talvez o que as outras pessoas aí no final de semana buscam, ou seja, fazer caminhada no mato para sentir um pouco, andar em árvore, descer em cabo aéreo, eu consigo atingir isso indo para a emergência né. Talvez isso. (Antonio)</p> <p>[...] eu me realizo aqui de uma certa forma que eu não sei explicar qual. É óbvio que tem dias que você sai louca daqui né, dá uns dez gritos aqui dentro, mas de uma certa forma quando eu venho trabalhar eu venho trabalhar com prazer, venho trabalhar motivada. Lógico que no decorrer do plantão já peguei algumas situações que você volta para casa arrasada, mas de um modo geral eu consigo ir para casa com a sensação de dever cumprido naquilo que eu me dispus a fazer né. (Bianca)</p> <p>Eu saio daqui, quando eu estou de férias, às vezes eu fico, sei lá, alguma coisa que está faltando, fico num desespero dentro de casa, por mais que nosso trabalho seja de sobrecarga [...]. (Helena)</p> <p>[...] nós estamos servindo também a Deus, Deus está vendo o nosso trabalho, se nós fazemos de coração, fazemos da melhor maneira possível, o que nós podemos fazer para poder levar a condição do paciente, do cliente, é uma coisa boa aos olhos de Deus, além da gente estar se beneficiando também. (Luana)</p> <p>[...] no fundo, a tua profissão é a tua realização, se você faz aquilo que gosta, acho que jamais vai acabar, assim. (Regina)</p> <p>[...] muitas vezes a gente vê um paciente que chega muito grave ao hospital e assim, quando ele passa por aquela recuperação e ele sai bem, a gente fica feliz e a gente se sente satisfeita com isso [...]. (Ana)</p> <p>É bom, é bom, por que aí envolve a tua imaginação e também o teu conhecimento. Você não está bitolado só aquilo, entendeu. Você abre a sua imaginação e você tem que criar, e isso aí é bom, por que você se sente útil, mesmo na ausência de um material, você se sente assim confortável por que, poxa, eu assisti o meu paciente, ele está assistido. (Regina)</p> <p>[...] por mais difícil que seja, a dificuldade de doze horas que você passa aqui, nós somos unidos, nós nos amamos, nós nos gostamos cada um da equipe, é a família. É a nossa segunda família, isso que é gostoso, por que você está em casa, você está trabalhando mas você está em casa. Você está no meio da sua família, então isso é o gostoso. (Daiana)</p>
--	---

Fonte: produção da autora a partir das entrevistas e grupos focais realizados no PSRN em 2012.

Sara fala sobre a dificuldade em encontrar pessoas satisfeitas no PSRN, mas que isso ainda acontece:

[...] algumas alas a gente observa que deu uma piorada, assim, não sei, é isso que a gente está tentando resgatar, mas tem chance ainda. A gente ainda observa sorrisos, assim, alegria. Coisa que eu acho melhor do mundo é quando eu chego num posto e vejo aquela satisfação, o pessoal fala: bom dia! Bom dia Sara! Bom dia! Eu chego internamente digo: puxa vida que bom que hoje eles estão assim, né. Aí já o outro se a gente chega já está meio pesado o clima, chama a pessoa: ei pessoal, vamos lá, não desanima não, vamos lá devagarzinho. Olha eu vou lá, às vezes, dou uma ajuda, mas assim, depende muitos dos setores, né. (Sara)

O quadro 6 demonstra os vários significados positivos do trabalho, alguns trabalhadores enfatizam sentimentos de satisfação, de afeto entre colegas e pacientes e outros.

O enfermeiro Antonio fala sobre a adrenalina proporcionada pelo trabalho. Já Bianca afirma não saber explicar o motivo específico de gostar de atuar no PSRN.

Quadro 6 - Significado do trabalho segundo os profissionais do PSRN

Significado	Falas
<ul style="list-style-type: none"> • Ganha-pão • Sustento material • Independência financeira • Atividade central na vida 	[...] trabalhar para mim é uma função social, as pessoas têm que trabalhar, têm que arrumar uma forma de sobreviver né e de alcançar seus sonhos, seus sonhos materiais enfim. (Ricardo)
	Olha, (o trabalho) só está abaixo da família né, realização pessoal eu acho que acaba interferindo em tudo né. Imagina se eu não tivesse o meu trabalho, por mais que seja no PSRN, essa loucura para algumas pessoas, acho que eu não seria feliz [...]. (Bianca)
	[...] trabalho é viver, o trabalho faz parte da vida da gente [...]. (Regina)
	Olha, o trabalho para mim é uma forma de a gente, eu acho que toda pessoa tem que trabalhar, não só para o sustento, até para se sentir útil para a sociedade. Eu gosto do que eu faço, eu gostaria muito de poder receber mais pelo que eu faço, até para poder trabalhar menos por que a gente acaba se sobrecarregando. O trabalho faz parte da vida da gente, é o sustento né, é mostrando que a gente faz alguma coisa pelo outro, sente útil, sente vivo, é o principal. (Renata)

Fonte: produção da autora a partir das entrevistas e grupos focais realizados no PSRN em 2012.

Percebe-se, então, que existe o sofrimento, mas a satisfação advém do sucesso na resistência ao sofrimento, na busca de soluções, o que está relacionado à inteligência criativa dos trabalhadores. Dejours (2012, p. 18) enfatiza que o trabalho vivo, “[...] é, em essência, a resistência ao fracasso, a capacidade de demonstrar obstinação neste confronto com o real [...]”.

Outros profissionais, como a técnica Helena, relatam sentirem saudades do hospital quando não estão trabalhando. A técnica de enfermagem Luana fala sobre uma satisfação em trabalhar por achar que está servindo a Deus com sua atividade.

Alguns trabalhadores, ao falarem sobre sua satisfação, remetem ao trabalho da enfermagem, como categoria profissional. Percebe-se em algumas falas a satisfação pela profissão ligada também ao sentimento de amor pela profissão.

Olha, eu gosto da minha profissão, eu acho, apesar de tudo que a enfermagem é uma profissão muito bonita, de cuidados do paciente, de você poder ver o paciente conseguir sair daquela doença, vencer, você sabe que você participou, que você pode ajudar, isso, eu acho muito bom, é uma satisfação, por que é a profissão da gente, a gente sente que conseguiu alcançar o objetivo, de cuidar e conseguir estabelecer a saúde do paciente. É um sentimento bom. Apesar de todos esses problemas que eu te falei, mas eu ainda consigo ver uma coisa boa na minha profissão. (Renata)

[...] eu escolhi a enfermagem, porque eu gosto da enfermagem, eu gosto de acompanhar o povo, de cuidar do povo, eu gosto dessa área aí. (Ingride)

[...] a questão da enfermagem, assim... Nós fazemos muito por amor mesmo. (Bernardo)

[...] eu escolhi essa profissão por amor, eu tenho orgulho do que eu faço, gosto muito [...]. (Amanda)

[...] é mais pelo amor mesmo à vida, ao próximo mesmo. (Ana)

[...] quando eu decidi entrar na profissão, eu decidi realmente por amor à profissão [...]. (Paula)

[...] nossa função de cuidador é muito gratificante, que é assim uma ação de servir ao próximo [...]. (Luana)

Pitta (1999) corrobora essa ligação da profissão da enfermagem com sentimentos de amor pelo outro. A autora afirma que o ato de cuidar de uma pessoa doente está ligado a valores morais e éticos valorizados socialmente, pois se relacionam à piedade e solidariedade com o próximo.

Os trabalhadores também relatam se sentirem realizados ao perceberem a melhora no quadro dos pacientes. A satisfação também se relaciona ao sentimento de utilidade por poder fazer algo pelos pacientes, envolvendo também a necessidade de criação no trabalho.

Os trabalhadores sentem um bem estar quando contribuem para a melhora do quadro do paciente através da mobilização de esforços. Para Dejours (2011h, p. 383), “o prazer está no encontro do trabalho, ao se descobrir que é precisamente quando a utilização dessa inteligência não é contrariada ou combatida [...]”.

Apesar de todas as dificuldades envolvidas, os trabalhadores relatam gostar de atuar no PSRN e citam o hospital como fonte de satisfação. Alguns trabalhadores relatam que já tiveram oportunidade de sair do PSRN para outra unidade, mas optaram por continuar no local:

Para te falar bem a verdade eu gosto [rindo] por incrível que pareça, por incrível que pareça. Eu já tive a oportunidade de sair, tive a oportunidade de transferir para outro município, pra um hospital super bonito e tal, mas eu vejo assim que a equipe, por mais absurdo que seja, as coisas se resolvem, poderia se resolver bem mais rápido. (Bianca)

Eu gosto, já tive a oportunidade de sair daqui para outro lugar, já tive, não fui por que não quis, mas eu acho muito difícil, com o tempo assim a gente vai ficando desestimulada né, com os problemas que tem, mas, apesar de tudo eu gosto daqui. (Renata)

[...] eu gosto de trabalhar aqui. Já recebi convite para ir para o HG, eu saí pela tangente por que eu gosto daqui, está entendendo. "Tu é doido e tal", mas eu gosto daqui. (Helena)

[...] eu gosto de trabalhar aqui no PSRN, eu prefiro trabalhar aqui do que qualquer outro hospital. (Ingride)

[...] antes de eu começar a trabalhar aqui eu já trabalhei como emergencial, e a gente podia, a gente tinha liberdade de escolher onde a gente queria ficar, e eu quis ficar aqui pela... por aqui propor conhecimento para você né, por aqui você aprender diversos procedimentos né, e você aprender a trabalhar com vários tipos de situações. (Carla)

Eu não abro mão do PSRN. (Daiana)

Alguns profissionais citam a equipe como um ponto positivo para continuar na unidade. Percebe-se que os profissionais se identificam com o hospital e valorizam os trabalhadores que ali encontram-se. Os trabalhadores relatam em vários momentos o gosto por atuar no PSRN, mesmo diante de todas as adversidades possíveis, às vezes associadas a uma guerra:

Eu amo quando eu estou aqui, eu adoro quando eu estou aqui no PSRN trabalhando. Então, assim, hoje para mim é tudo. Eu nunca consegui ficar parada, antes mesmo de ser da enfermagem eu sempre procurei trabalhar fora, então hoje, trabalhando no que eu gosto, é tudo. (Daiana)

Logo que me mandaram para cá, falei “pronto, estou no inferno”, aí depois eu vi que não é tão inferno assim e agora eu gosto. (Ingride)

As pessoas quando a gente diz: ah eu trabalho no PSRN. “Vixe”, aí eu digo: eu não consigo ver esse vixe. Apesar do que nós vemos aqui né, que por falta de espaço físico o hospital não comporta a população, mas eu gosto, eu não quero, não quis sair da equipe daqui para ir para o HG, para ir para qualquer outro lugar. Eu gosto do meu local de trabalho. (Helena)

[...] muitos que vem para cá sobrevivem, a gente cuida, tem aquele cuidado e não é o inferno. É difícil sim para trabalhar, as condições não são muito boas, mas não é tanto. (Amanda)

[...] se estamos aqui é por que gostamos mesmo, se passamos por isso todos os dias é por que realmente a gente quer, por que a gente tem opção de sair, se quiser fazer outra profissão, ou outro trabalho [...]. (Vitória)

[...] eu gosto, eu sinto saudades daqui quando fico muito tempo ausente, eu gosto de trabalhar aqui. Se as condições fossem melhores seria bem mais agradável, e o salário né, um salário melhor, assim as condições. (Luana)

Se a gente passa muito tempo sem vir aqui fica com saudade. (Paula)

No quadro 6, observa-se que o trabalho representa também fonte de sobrevivência e sustento material. Alguns enfermeiros situam o trabalho como central e essencial para sua vida. Outros trabalhadores definem trabalho como a busca por se sentirem úteis na sociedade, terem um objetivo a cumprir. Essa sensação de utilidade se relaciona ao fato de o trabalho ser uma forma importante do sujeito contribuir para a evolução da sociedade, exercendo um papel tanto na realização de si quanto um mediador de ação social (DEJOURS, 2011a).

O enfermeiro Nelson define o trabalho como composto por vários aspectos:

O trabalho olha eu acho que assim, inicialmente ele surge para o indivíduo enquanto integrante de uma sociedade, que foi a forma organizacional que nós escolhemos para viver, ele surge como uma necessidade entendeu, uma necessidade de você crescer, se desenvolver e adquirir algumas coisas né, e quando eu falo coisas eu digo valores como também coisas materiais, patrimônio e surge como uma necessidade. Depois ele entra dentro de um contexto assim de vida já como, claro que cada um tem uma forma de ver, mas eu vejo como uma forma de dedicação, de prazer, de bem estar. Você se doar para o outro é muito bonito, eu me sinto muito bem fazendo isso, então, às vezes a gente vê que prestar uma assistência, às vezes a gente recebe muita assistência também, então nesse segundo momento ele já entra como uma atividade de prazer mesmo. Claro que a gente tem que levar em consideração que você trabalha em local favorável, enfim tudo isso que a gente já conversou. Então

ele depois já entra como uma forma prazerosa de se dedicar, de se desenvolver, eu acho, vejo assim. (E. Nelson)

A técnica Joana tem um dos relatos mais significativos do sentido do trabalho no PRSN, enfatizando o caráter contraditório do trabalho e a interrelação entre prazer e sofrimento neste local: “Acho que o trabalho aqui é dor, sofrimento, angústia desespero, também alegria, vida e morte”. (Joana). Dejours (2012, p. 341) afirma o caráter dialético do trabalho. Para ele, o sofrimento ou o prazer, depende da experiência do sujeito em função do fracasso ou do sucesso de seus esforços para resolver suas contradições.

Conclui-se que vários são os aspectos que contribuem para o sentimento de satisfação, prazer no trabalho. Para Dejours (2012, p. 151), existem “três dimensões essenciais sem as quais o trabalho não pode ser efetuado: a engenhosidade, a cooperação e a mobilização subjetiva”. Entretanto, ele adverte que o prazer não existe de forma plena no trabalho. Ao contrário, para Dejours (2011a, p. 411), a “normalidade” é “[...] considerada como um compromisso aceitável de convivência com os sofrimentos e as doenças [...]”, mas isso não significa aceitar essa situação, pelo contrário, o prazer advém justamente da luta pela emancipação e, isso, é o trabalho vivo.

6.3.3 Estratégias: “Você tem que criar alguns mecanismos de compensação”

O enfermeiro Antonio, na fala acima, usa o termo mecanismos de compensação para dizer das estratégias utilizadas pelos trabalhadores para lidar com as dificuldades encontradas no PRSN e conseguir manter-se com saúde. As estratégias de defesa são mecanismos individuais ou coletivos que mobilizam formas dos trabalhadores resistirem aos efeitos patológicos do sofrimento no trabalho, assim como a fragilidade dessa instância é uma perda para a manutenção da saúde dos trabalhadores. Entende-se que os trabalhadores são capazes de se proteger do sofrimento através da busca pela transformação da realidade.

Observa-se que, no PRSN, existe uma organização coletiva por equipe, em cada setor, não existe um coletivo do hospital. A enfermeira Renata fala sobre a importância do trabalho em equipe: “Você vir pra cá trabalhar com uma equipe que não se ajuda, que um fica explorando o outro, a sobrecarga já é grande, né, acaba deixando a gente mais estressado, e não querendo estar vindo para trabalhar. Eu acho que isso é primordial, a equipe”.

Os gestores também falam sobre a percepção que têm da atuação dos profissionais:

[...] o usuário do SUS precisa daquela atenção, e que a gente no momento está tendo muita dificuldade por que muitos profissionais estão mecanizados, né, entre aspas, eles demonstram falta de alguma, desmotivados mesmo, esses são os mais difíceis para a gente resgatar [...]. (Sara)

[...] o servidor tem só aquele pensamento, chegar ao final do mês eu produzindo ou não produzindo o meu já está, eu digo o meu pagamento já está reservado. (Luis)

Essa visão dos gestores em relação aos trabalhadores se aproxima do que Dejours (2011b) aponta como a “psicologia espontânea dos executivos” que é uma estratégia defensiva dos gestores para negar a falta de conhecimento sobre o processo produtivo. Nesse caso são citadas características dos profissionais (desmotivação, falta de compromisso) para justificar as falhas nos processos de produção, no caso em questão na assistência.

A gestora Sara fala sobre sua preocupação em relação a atuação da enfermagem enquanto equipe:

[...] a enfermagem não está mais conversando, às vezes um técnico tem seis banhos no leito, o outro que trabalha no mesmo plantão, há 10 anos juntos, esse dá seis banhos só e o outro não dá nenhum, se derem as mãos vão ser três para cada um. O que eu posso fazer: vamos me ajudar colega, hoje eu estou com seis banhos e você não está com nenhum, pelo menos me ajude. A carga diminui, ele vai adoecer menos. Mas essa individualidade que eu estou com dificuldade, de resgatar da enfermagem esse espírito de equipe. (Sara)

Percebe-se que os trabalhadores consideram de grande importância o trabalho em equipe:

[...] eu vejo assim que é o conjunto sabe, se me colocar numa equipe que não desenrola também, eu vou travar, chego em casa carregada, chateada. Eu acho que é um conjunto, eu não consigo trabalhar sozinha, eu preciso de uma equipe que ande no meu ritmo, se não eu não desenvolvo bem. (Bianca)

Ela (equipe) minimiza (o estresse), não afasta totalmente não. Porque, querendo ou não, como ela fala, realmente é muito desfalque de equipe. Porque se não for a união você sente, realmente, aquele plantão todinho aquele desfalque. (Daiana)

[...] se não houvesse essa união, se não houvesse, dava vontade de você largar tudo e ir embora. (Helena)

Não tem como eu dizer assim: "vou fazer tudo aqui sozinha". por que se eu tentar fazer isso sozinha, é aquela coisa, é, eu vou sair daqui totalmente estressada (...). (Carla)

[...] a gente tem que trabalhar unidos e, como diz assim, quando a bomba estoura receber também unidas. (Paula)

Percebem-se as estratégias utilizadas pela equipe nesse apoio aos trabalhadores, sendo recorrente a divisão das tarefas entre os membros (quadro 7). Alguns profissionais referem também a uma proteção entre os colegas, como na fala a seguir: “[...] se alguém quiser fugir, foge a gente segura” (Ingride). Outras falas referem também a liberar o colega do plantão quando percebem algum adoecimento.

Quadro 7 - Estratégias utilizadas pelos trabalhadores no PSRN

Estratégias	Falas
• Trabalho em	[...] a gente observa que a enfermagem não está se ajudando mais, é isso minha maior angustia. Eu às vezes noto, com grandes exceções, é claro, mas a gente nota pessoas novas na categoria que demonstram, às vezes, indiferença para o seu

equipe	próprio colega. Indiferença, quase, imagina para o paciente, pessoas descompromissadas mesmo. (Sara)
<ul style="list-style-type: none"> • “psicologia espontânea dos executivos” • União maior nos setores com condições mais difíceis • Autocontrole • Insensibilidade • Repressão dos afetos • Separação trabalho e fora do trabalho • Burocracia • Mudar de setor • Sair do hospital • Mudar de profissão • Aposentar • Reduzir carga horária • Redes sociais (família, amigos) • Religião • Esperança de mudanças • Racionalização 	<p>[...] se a equipe não se unir, desanda tudo, se a equipe não é unida, como que eu vou conseguir resolver as questões durante doze horas, se eu não apoio a minha colega, se eu não dou força a ela. Quem é que vai me dar aquela força se a minha parceira da equipe não dá? Então, assim, por a gente saber que é difícil, é um desafio o PSRN, então nós todos somos unidos, por que a gente sabe que não é só ela que está sofrendo, eu também estou sofrendo, então vamos unir as nossas forças para que o plantão seja a98(e)12()- 0 1 205.926(m8(o)-7(f)28(o)-7(f)28(ã)-12(o)8 71112(n)-7(t)-1</p>

	minha família, na igreja, não ficar muito ligado com o hospital né, esquecer as coisas assim. (Renata)
	[...] se tiver condições de trabalho eu tenho certeza que as coisas vão ser diferentes. (Bernardo)

Fonte: produção da autora a partir das entrevistas e grupos focais realizados no PSRN em 2012.

Os trabalhadores sempre se referem a “sua” equipe e com isso podemos perceber que esse trabalho coletivo não se estende para todo o hospital. O enfermeiro Ricardo, que atua na UTI, relata que considera as equipes dos outros setores mais unidas do que no seu local de atuação e justifica devido às condições de trabalho do PSRN em cada setor. Na lógica do enfermeiro, a condição difícil dos setores fora da UTI favorece a integração da equipe:

Aqui [na UTI] é um paciente para cada técnico ou dois pacientes para um técnico, então eles conseguem trabalhar com mais calma e não precisam tanto um do outro, então eu sinto mais desunião aqui dentro por causa disso. Lá fora, como as coisas são mais complicadas, a maioria se une mais, eles se unem mais, eles se defendem mais entendeu. Aqui as pessoas se defendem menos. (Ricardo)

Eu acho que por ser mais difícil o trabalho lá fora, ser mais estressante no sentido de ficarem expostos né o tempo inteiro, ficam muito junto, um vendo as dificuldades do outro com mais intensidade [...]. (Ricardo)

Essa fragilidade do coletivo encontrada no PSRN é característica das novas formas de organização do trabalho, que incentivam a individualização no trabalho. Para Dejours (2011d, p. 25), “[...] todas as formas clássicas de solidariedade estão em processo de desestruturação – e não apenas as estratégias coletivas de defesa. Diante dos constrangimentos do trabalho, todos se encontram, psicologicamente, cada dia mais só”.

Em relação às estratégias individuais, percebe-se que é a forma mais utilizada pelos trabalhadores para lidarem com a situação do PSRN. Algumas falas remetem a necessidade de um autocontrole e uma força que o indivíduo tem que buscar dentro de si para lidar com a atividade.

Percebe-se em algumas falas a compreensão de que essas características são individuais, como exemplifica-se na fala de Antonio:

[...] as ferramentas que você usa para trabalhar lá (PSRN) que é a determinação, autoconfiança que você tem, isso aí já foram coisas que você teve que trazer, digamos assim, importar para poder trazer lá dentro né, porque o trabalho em si não vai lhe fornecer isso. Você teria que trazer isso. Mas eu estou mais autoconfiante, eu tenho uma estrutura mais responsável, eu acho que não, eu acho que isso aí você teve que trazer de fora para poder trabalhar. (Antonio)

Em outros depoimentos percebe-se que os trabalhadores citam mudanças no seu modo de ser proporcionadas pelo trabalho no PSRN e que acontecem justamente para conseguirem lidar com a situação vivenciada no local. Alguns citam a percepção de terem se tornado menos sensíveis para algumas cenas do cotidiano, comparando a si mesmo com uma máquina.

Os trabalhadores justificam essa “frieza” como uma necessidade para poderem realizar a assistência ao paciente em condições de sofrimento.

[...] eu não consigo mais chorar, eu me emociono com algumas situações mas assim de chorar um minutinho e passar e depois parece assim que vê aquela forma, as coisas da forma mais natural possível, o sofrimento do outro já não abala mais tanto, entendeu. E isso muitas vezes me incomoda, porque aí as pessoas ficam pensando que você não tem sentimento, não é nem as pessoas, é você mesmo, às vezes eu fico achando, cara, não me comove mais nada. (Naiara)

[...] você tem que ter uma cabeça legal para lidar com isso, ou seja, digamos assim, numa sucessão de fatos, digamos assim que essas coisas acontecem, tem um, vamos dizer assim, um limite em que alguma coisa vai te sensibilizar mais ou menos em relação a isso né. Então isso aí tem né, senão, se você tivesse que sensibilizar com tudo, especificamente, você não teria uma estrutura psicológica para aguentar aquilo ali, não teria condições para aguentar aquilo ali. (Antonio)

Muitos perguntam qual é a nossa reação, por que a gente fica frio quando o paciente morre? A gente não fica frio né, muitos podem até não dar importância pela vida daquele paciente "ah, morreu, morreu", mas eu toda vez que o paciente morre a gente se comove com a morte daquela pessoa, só que se toda vez que o paciente morresse a gente fosse chorar com a família, seria difícil para a gente, a gente não ia estar exercendo nossa função. (Paula)

Percebe-se a busca por reprimir o afeto envolvido na assistência ao paciente, Dejours (2011b) cita esse tipo de defesa ao se referir aos operários que buscam produzir em si uma paralisia do funcionamento psíquico. Essa estratégia os auxilia a lidar melhor com o sofrimento, mas também é adoecedora por consequência, como percebe-se na fala abaixo:

[...] alguns são mais brutos, mais rudes, eles ficam muito na defensiva, eles não se permitem ter contato com o paciente, é como se existisse uma barreira, eu aqui e paciente lá, eles não se permitem, não conseguem enxergar que se um dia ele tiver ali, ele vai querer uma pessoa que trate ele daquela forma, de uma forma mais amorosa, tem gente muito rude e eu acho que esses que são mais brutos são os que estão morrendo mais cedo, eles têm que ter mais cuidado, vão tudo morrer do coração [...]. (Ingride)

Observa-se que as estratégias permitem lidar com o sofrimento no trabalho, mas também podem ocasionar adoecimentos quando não se ajustam ao impacto subjetivo causado pelo trabalho. Tal afirmação é corroborada por Dejours (2012) ao citar alguns aspectos negativos das estratégias de defesa: limitam os poderes do pensamento; ampliam a sujeição dos trabalhadores à servidão e à dominação subjetiva; podem contribuir para a violência coletiva e de massa.

Outro tipo de barreira utilizado é a busca pela separação entre trabalho e fora do trabalho. Essa estratégia é muito frágil, pois, no entendimento da Psicodinâmica, não existe tal separação, já que o trabalho ocupa um lugar central na vida do indivíduo e as estratégias utilizadas pelo trabalhador para resistir ao sofrimento durante a execução da atividade não são abandonadas ao concluir o horário de serviço, pelo contrário, são exercidas também na convivência familiar (DEJOURS, 2011c).

A gestora Sara fala sobre incentivar o uso de estratégias burocráticas¹¹ entre os trabalhadores da enfermagem. Essa busca por respaldo é comum no serviço público, mas se relaciona a uma fragilidade na comunicação entre os setores e a uma forma de controle visto que os documentos também funcionam como um sistema de rastreamento dos culpados.

Para Dejours (2012) esse tipo de situação acarreta consequências negativas como o aumento da carga de trabalho, visto que, além de executar a atividade, é necessário relatá-la por escrito, ampliando-se o medo por parte dos trabalhadores de serem responsabilizados por algo que esteja errado e, conseqüentemente, a diminuição da cooperação entre os pares.

Alguns trabalhadores utilizam como estratégia a mudança de setores dentro do próprio hospital. De modo geral observa-se que a maior parte dos entrevistados já passou por mais de um setor no hospital e segue o mesmo caminho: começam a atuar nos setores de porta de entrada e com o passar do tempo pedem transferência para as Alas ou setores fechados. Tal situação foi corroborada pelo discurso da gestora Sara, quando se queixa da dificuldade em atender todos os pedidos de mudança de setores dos trabalhadores, principalmente em relação à saída da porta de entrada.

Outros trabalhadores procuram mudar de profissão ou sair do hospital. A enfermeira Regina relata que já solicitou transferência do PSRN mas não foi atendida pelos gestores e agora está na expectativa de sua aposentadoria:

Eu já tentei sair daqui, fiz vários ofícios e o pessoal não me liberou de jeito nenhum. (Regina)

Eu me sinto cansada, entendeu, cansada, mas eu digo: bom, é o que eu escolhi, é a minha profissão e eu vou até a hora de me aposentar. (Regina)

[...] eu não vejo a hora da minha aposentadoria chegar, porque eu vou ficar em um trabalho, vou ficar como diarista, não vou tirar plantão final de semana, à noite e eu, eu vou viver um pouco. (Regina)

A aposentadoria também é um risco de adoecimento, percebido pela enfermeira que na realidade ainda irá se manter ocupada com um vínculo empregatício. Dejours (2011f), ao se referir aos operários, afirma que a aposentadoria confronta o profissional com uma ociosidade a qual ele não está acostumado, visto que, é pela via do trabalho que se caracteriza, que se constitui, então a libertação sonhada, no entanto, pode levá-la a perda das suas referências identitárias e a riscos de manifestação de patologias.

Os profissionais também citaram a diminuição da carga horária de trabalho como uma estratégia na busca de saúde:

¹¹ Entende-se essa estratégia como a produção de documentos sobre uma situação do trabalho no intuito de provar que a pessoa não é responsável por consequências negativas que podem advir (DEJOURS, 2012).

[...] a gente acaba fazendo hora extra, a gente faz um plantão para o colega, eu estava sobrecarregada. Eu tinha outros vínculos e acabei até saindo por isso, por causa da sobrecarga, a gente acaba ficando mais estressado, mais cansado né, e, querendo ou não, acaba a pessoa que está ali para a gente cuidar a gente acaba, mesmo sem querer, não cuidando do mesmo, aí eu acabei ficando só aqui mesmo. (Renata)

[...] não estou pegando mais extra, não faço extra e lá, finais de semana, se eu não puder ir e pagar, eu pago, para não ficar assim estressada, por que, realmente, é estressante você todo dia, todo dia, todo dia fazendo plantão. (Ana)

[...] eu sou light também, eu faço, ajudo quando eu posso, quando eu vejo que vai me beneficiar também, se não eu faço só os meus plantões, faço os extras quando eu vejo que necessito também e vou levando. (Vitória)

O enfermeiro Ricardo conta sua estratégia, evita fazer plantões além da sua escala normal:

[...] se eu estiver muito descansado aí, ligou e eu pego e atendo o telefone, mas normalmente eu não atendo o telefone quando eu sei que é daqui porque vão pedir para mim vir para o hospital e eu não gosto muito de falar não, eu tento colaborar o máximo que eu puder mas aí eu prefiro nem atender para mim não ter que dar desculpa, para mim não ter que ser, às vezes chato né, às vezes você não quer ser colaborativo, então às vezes eu prefiro nem atender, a maioria das vezes eu não atendo quando o telefone é daqui. (Ricardo)

Em uma estratégia inversa, a técnica Daiana já diz que não gosta de ficar muito tempo sem trabalhar:

[...] eu nem faço questão de ficar em casa no final de semana, porque, querendo ou não, é aquela rotina né, então eu prefiro ficar aqui na ativa. (Daiana)

Pode-se considerar, também, como uma estratégia o discurso esperançoso dos profissionais de que a situação do PSRN irá mudar:

[...] eu tenho certeza que se melhorasse a estrutura daqui, com os profissionais que trabalham aqui, nós íamos mudar a cara do PSRN, mas nós precisamos de estrutura. (Bernardo)

[...] Eles gostam dali, ainda tem, eu vejo assim, não vou perder a esperança não, eu digo assim né. O que está matando é que a gente não se ajuda mais. Só é conversar colega, vamos conversar, pede, não é feio você pedir, agora vamos conversar. Sem conversar eu fico sobrecarregada e eu que vou adoecer. Eu digo assim: oh se a gente não se ajudar, ninguém vai nos ajudar, se a enfermagem não der as mãos, dificilmente alguém vai nos dar as mãos, tem que começar pela gente. (Sara)

Para justificar as falhas que acontecem durante a atividade, os profissionais recorrem a racionalizações como a frase “a gente faz o que pode”, dita pela enfermeira Bianca:

[...] a gente faz o que pode, não tem como a gente tentar resolver tudo porque a gente fica louco, não consegue mesmo porque é humanamente impossível. A gente faz, eu tento fazer assim o que está ao meu alcance, aquilo que eu vejo que eu posso resolver, eu resolvo, mas o que tá fora da minha alçada não tem como mesmo. (Bianca)

A gestora Sara em seu discurso, também, tenta amenizar o sofrimento dos trabalhadores com a situação:

[...] Eu digo, pessoal, se você chegar do seu plantão, você sai do seu plantão e você chegar na sua casa: poxa vida, eu só fiz 30% do que era para eu fazer, mas é porque você só conseguiu, eu digo a gente tem que tentar trabalhar, tem que dar assistência. (Sara)

Os trabalhadores citaram suas redes sociais como importante mecanismo para lidar com o sofrimento no trabalho. Alguns afirmaram que buscam passar mais tempo com a família e os amigos quando não estão de plantão no PSRN. Outros falaram sobre a religiosidade como um fator que auxilia a lidar com as situações enfrentadas no hospital.

Os profissionais descrevem, ainda, sobre os hábitos específicos para evitarem doenças em virtude do trabalho (Quadro 8). Os fatores citados foram: controle da alimentação, prática de exercícios físicos e reservar um tempo para si mesmo. Outros referem a utilização de terapias como fisioterapia e ingestão de vitaminas.

Observou-se, também, a existência de cuidados para prevenir as doenças que podem ocorrer devido ao ambiente contaminado do hospital. Os trabalhadores falaram sobre a utilização de máscaras e outros equipamentos de proteção; procuram saber de imediato o diagnóstico do paciente; realizam algumas ações na assistência de forma mais lenta para evitar algum acidente; lavagem da roupa que utilizam no plantão separado das roupas do dia-a-dia; não entram em casa com o sapato utilizado no hospital.

Quadro 8 - Cuidados utilizados pelos trabalhadores do PSRN para evitar doenças somáticas e acidentes de trabalho.

Cuidados	Falas
<ul style="list-style-type: none"> • Exercícios físicos • Alimentação saudável • Utilização de EPI • Não ter pressa na assistência 	Quando a gente consegue encontrar todos os equipamentos de epi, eu uso todos. as meninas manga que só de mim, mas eu falo assim: eu prefiro ficar feia mas saudável, do que bonita e doente. É o meu ditado lá na frente, eu não me importo que eu estou feia por que estou equipada, o importante é a minha saúde. (Daiana)
	[...] a gente pisa em tudo quanto é coisa aqui no hospital, a gente não sabe no que está pisando e a gente chega em casa. Eu escondo né, na verdade eu escondia, eu dou um jeito de não entrar dentro de casa com o calçado [...]. (Paula)
	Eu tomo o maior cuidado com isso, nem que eu me torne lenta, eu não me importo de ficar lenta nessas horas, de ser lenta para sair da minha enfermaria, de dar a minha assistência devagarzinho [...]. (Helena)
	Então assim eu mantenho a rotina das minhas alimentações, elas são mais rigorosas, o tipo de alimento que eu estou comendo, eu também estou começando a mudar, prestando mais atenção nisso. Faço natação, comecei natação há pouco tempo, vou começar a fazer pilates [...]. (Nelson)

Fonte: produção da autora a partir das entrevistas e grupos focais realizados no PSRN em 2012.

Observa-se de forma geral que as estratégias utilizadas pelos trabalhadores são muito frágeis e algumas já demonstram levar ao sofrimento. Assim, é importante entender que “as estratégias coletivas e individuais de defesa destinadas, em primeira instância, a proteger a

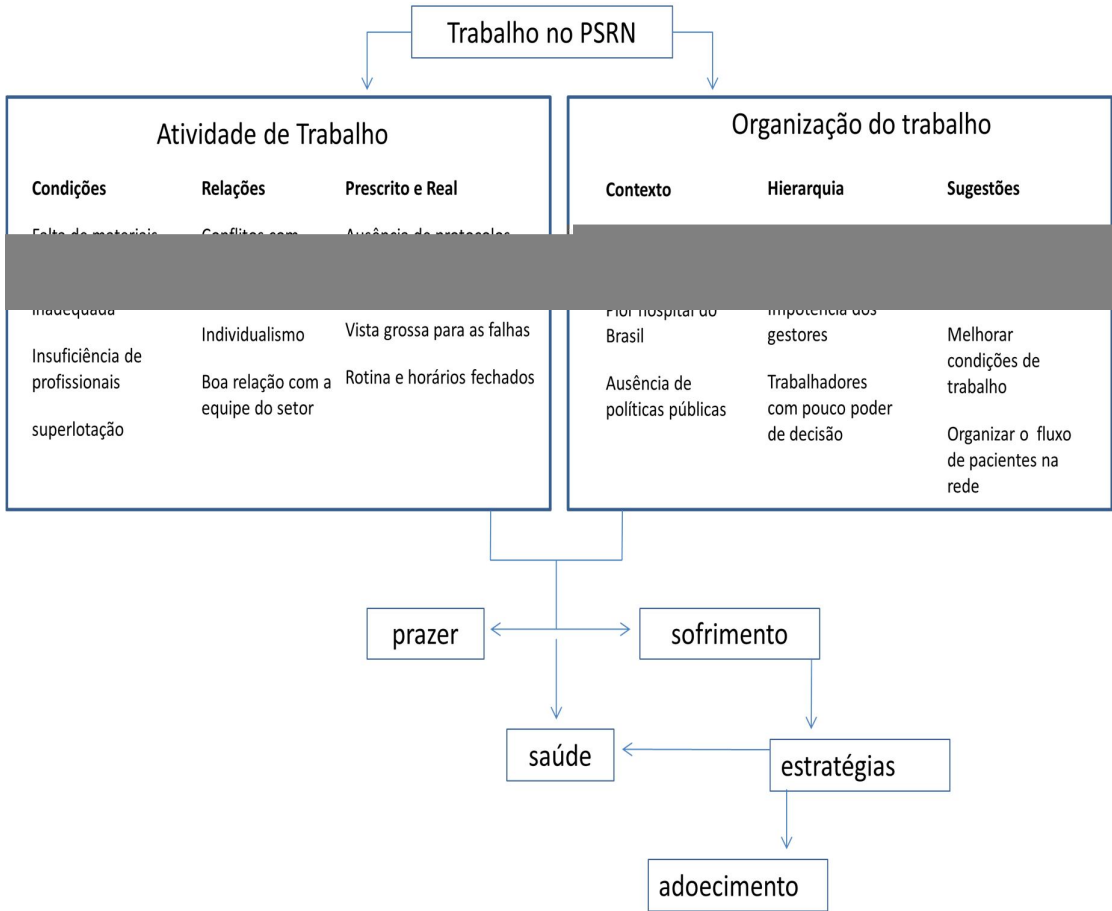
saúde mental, constituem, em segunda instância, poderosos móveis para a servidão voluntária e para a reprodução da dominação” (DEJOURS, 2012, p. 65).

Para Dejours (2011e) a utilização dessas estratégias é necessária para a continuidade do processo de trabalho, pois dessa forma os trabalhadores também zelum pelo sistema mesmo que não percebam isso. O autor entende que é necessário negar a percepção das causas do sofrimento para que se continue a atividade. Assim, todas as estratégias têm como base a anestesia do pensamento em algum grau, tendo como objetivo a manutenção mínima da saúde psíquica.

Visando facilitar a visualização sobre os dados levantados na pesquisa e compreender melhor a dinâmica de funcionamento do hospital, foi produzida a figura 1 abaixo. Nessa figura, percebe-se que os aspectos relacionados à vivência da atividade de trabalho no PSRN (condições de trabalho; relações entre os trabalhadores; trabalho prescrito e trabalho real) e os fatores da organização do trabalho (contexto local; níveis hierárquicos; sugestões dos trabalhadores) produzem tanto prazer como sofrimento. Essa dinâmica de prazer e sofrimento é a própria definição de saúde, considerando-se a luta pela emancipação.

Porém, acontecem as situações cujo grau de sofrimento é maior e os trabalhadores buscam a utilização de estratégias de defesa e de enfrentamento para conseguirem vitória nessa luta. Essas estratégias, podem retomar a dinâmica da saúde, quando são bem sucedidas, mas também são causadoras de adoecimento devido a sua fragilidade em garantir a salvaguarda do sofrimento.

Figura 1 – Resumo esquemático sobre os depoimentos levantados na pesquisa relacionados à dinâmica do trabalho no PSRN



Fonte: produção da autora a partir das entrevistas e grupos focais realizados no PSRN em 2012.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS: SIGNIFICADO DO TRABALHO NO PSRN

Os depoimentos da equipe de enfermagem do PSRN são, ao mesmo tempo, reflexivos e propositivos, de modo que representam os dilemas dos trabalhadores na realidade deste hospital público. Desse modo, propõe-se refletir, neste espaço de finalização do estudo desenvolvido, sobre o significado do trabalho e sua relação com a saúde dos trabalhadores do PSRN. Para isso é necessário retomar os objetivos específicos desse estudo:

- Mapear os dados sobre os afastamentos do trabalho na equipe de enfermagem em um hospital da rede pública de saúde em Rondônia;
- Analisar a relação entre o modelo de gestão e o modo de organização dos processos de trabalho;
- Levantar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos trabalhadores da enfermagem para lidarem com as situações do cotidiano dos serviços.

Quanto aos afastamentos do trabalho observa-se um alto percentual em todas as categorias. Os enfermeiros são os profissionais que, percentualmente, mais se afastaram (72%), seguido dos auxiliares (71%) e os técnicos de enfermagem (68%). Em relação aos dias de afastamento, percebe-se que os técnicos de enfermagem possuem a maior média de dias em licença médica (44,7 dias), em comparação com os enfermeiros (17,3 dias) e os auxiliares de enfermagem (4 dias). Em relação às faltas, observa-se que os enfermeiros possuem a maior média de faltas (14,2 dias), seguidos pelos técnicos (9,7 dias) e a menor média é dos auxiliares (4,8 dias).

Tais dados quantitativos são indicativos de alto percentual de adoecimento entre os trabalhadores. Fato que, conseqüentemente, dificulta a formação da escala de trabalho e sobrecarrega os demais integrantes da equipe. Durante as entrevistas e a observação em campo pode-se constatar essa situação. A pesquisadora observou que, na maioria dos setores, a equipe sempre se encontrava com desfalque de algum membro, situação que, inclusive, prejudicou a realização dos grupos focais, pois os técnicos alegavam a dificuldade em sair do setor devido à ausência dos colegas.

Nas entrevistas e nos encontros grupais percebe-se esse alto percentual de adoecimento, pois a maioria dos participantes relatou alguma vivência de doença em função do trabalho. Repetiram-se falas sobre dores na coluna, problemas respiratórios, cansaço mental, estresse e influências na vida familiar.

Considera-se que os adoecimentos são indicativos de sofrimento no trabalho, pois são a marca visível do fracasso na luta pela emancipação. Essa luta está diretamente relacionada com a saúde mental dos sujeitos, pois é a partir da batalha contra o sofrimento que constata-se o potencial de transformação do indivíduo e do coletivo (DEJOURS, 2012).

Por isso, não se espera sujeitos que não adoçam, mas sim trabalhadores que, engajados na luta contra os fatores de sofrimento na organização do trabalho, consigam manter uma convivência aceitável com o sofrimento que está sempre presente em qualquer atividade. Observa-se, então, que o alto percentual de adoecimento entre os trabalhadores do PSRN indica níveis intoleráveis de sofrimento naquele local.

A partir da constatação de adoecimento nos trabalhadores é necessário voltar o olhar para a organização do trabalho no PSRN. Entende-se que a doença é produto, principalmente, de aspectos da organização social e não somente fruto de características individuais de cada sujeito (WISNER, 1994).

Salienta-se que, a partir da definição de Dejours (2011h), o não reconhecimento dos esforços e do custo para os trabalhadores do exercício da inteligência criadora é considerado como uma fonte de sofrimento. No PSRN, pode-se observar a existência desse fato.

O primeiro ponto que chama a atenção é relacionado às condições de trabalho a que são submetidos os trabalhadores. Em muitas falas repete-se a falta de itens essenciais para a execução das atividades da assistência, inclusive questões consideradas como necessidades fisiológicas para o ser humano, como água potável e local para repouso noturno.

Alguns depoimentos são verdadeiras denúncias sobre as condições inadequadas do local, tanto para os pacientes como para os trabalhadores da instituição. Dejours (2011b) aponta que a má qualidade do trabalho gera o medo e leva o sujeito a práticas consideradas absurdas.

Constata-se várias queixas de sofrimento em razão das condições de trabalho. Os trabalhadores relatam sentirem-se impotentes para executarem o serviço com a qualidade esperada devido a falta de materiais. Dejours (2011b) aponta que a boa qualidade do trabalho é condição para o sentimento de prazer e reconhecimento no trabalho.

Os trabalhadores comparam a vivência no PSRN a um cenário de guerra e se colocam como se estivessem na linha de frente da batalha. A partir dessa analogia podemos perceber o sofrimento dessas pessoas, pois uma guerra é uma situação de luta pela sobrevivência, na qual a dor está presente de forma constante.

Porém, em alguns momentos, constata-se a existência da inteligência criadora na execução da atividade. É frequente a necessidade de improvisos na realização dos

procedimentos. Tal situação é relatada por Dejours (2011e) no entendimento de que a “trapaça” refere-se aos procedimentos que se distancia da regra, mas não ferem aos princípios do ofício. Assim, entende-se que os improvisos enquadram-se nessa definição.

A realização dos improvisos já é esperada em qualquer situação de trabalho, visto que sempre existe a distância entre o que está prescrito e a atividade a ser executada. Para Dejours (2012) esse espaço é de sofrimento e somente através da utilização da inteligência criadora ou *métis* é possível resistir a esse sofrimento e chegar a uma solução para a situação. No entanto, o uso dessa inteligência é, também, a realização de um sacrifício para os trabalhadores, e, se esse sacrifício não for reconhecido, isso pode gerar adoecimento nos trabalhadores.

Tal situação é recorrente no PSRN, pois foi repetido em vários momentos a queixa dos profissionais em relação a falta de reconhecimento do trabalho realizado. Para Dejours (2012) o reconhecimento está diretamente relacionado à saúde mental, pois significa a conquista da identidade pelo trabalho e diz respeito à realização de si mesmo.

No PSRN, observa-se que, além de não existir o reconhecimento, os trabalhadores queixam-se de serem vistos pela população como culpados pela situação dos pacientes no hospital. Então, além do sofrimento por não conseguirem executar a assistência de forma adequada, ainda são considerados culpados por esse fato, como se a compra de materiais ou reforma do espaço físico dependesse apenas de sua vontade.

Os próprios gestores entrevistados relatam sentirem-se impotentes para modificar a situação do PSRN, pois alegam serem reféns da burocracia do sistema. Percebe-se a existência do sofrimento ético, no qual os trabalhadores silenciam sobre as condições que geram a má qualidade do trabalho (DEJOURS, 2011e).

Segundo a fala dos gestores, o modelo de gestão adotado no PSRN é descentralizador e participativo, porém percebe-se um quadro no qual os próprios gestores do hospital são dissociados das tomadas de decisão macropolíticas e isso interfere nas decisões micro, visto o sentimento de impotência relatado. Isto é fonte de adoecimento entre os gestores, sendo causa, até, de pedidos de exoneração.

Observa-se, então, que o modelo de gestão macropolítico é centralizador, autoritário e verticalizado, visto que os gestores do PSRN não possuem autonomia para decidirem sobre questões importantes do hospital como a compra de materiais. Retomando os princípios do SUS, entende-se que a descentralização garante a autonomia das esferas de gestão, o que está ausente no contexto da pesquisa.

Compreende-se que esse modelo de gestão ainda é comum na saúde pública e isso repercute de forma negativa nas relações de trabalho, pois exclui os trabalhadores e no caso

em questão, os próprios gestores do hospital são excluídos dos processos de tomada de decisão necessários para a transformação da realidade (CAMPOS, 2007b). Isso representa, também, um risco à saúde física e mental dos trabalhadores, pois encontram-se alienados do seu trabalho.

Na dinâmica entre prazer e sofrimento no trabalho, os trabalhadores devem ser incluídos nas decisões referentes a sua atividade, pois isso implica o reconhecimento de seus esforços para a boa qualidade do trabalho. No entendimento ampliado de gestão, compreende-se que os trabalhadores também realizam a gestão de sua atividade ainda que, com um poder desigual em relação aos detentores dos cargos de chefia e direção.

Percebe-se, então, que a organização do trabalho no PSRN é complexa. Ainda que existam algumas regras a serem cumpridas, os trabalhadores relatam ter de quebrá-las diariamente, pois, se relacionam a uma situação ideal muito distante da realidade do hospital. A gestora de enfermagem relata a dificuldade em cobrar o cumprimento de regras, já que entende essa dificuldade para a execução da assistência sem as condições mínimas para tanto.

Tal situação, em alguns momentos, reflete os sentimentos de satisfação. Alguns trabalhadores relatam o envolvimento da criatividade para a realização da atividade. Porém, de maneira geral, percebe-se essa organização como geradora de alto grau de sofrimento, levando inclusive a adoecimento físico e mental.

Em muitas falas percebe-se a existência do adoecimento mental, quando os profissionais relatam terem presenciado o surto de alguns colegas e admitem o risco de serem os próximos atingidos. Observou-se, também, a rotatividade de profissionais entre os setores, tanto na fala da gestora de enfermagem que relata a dificuldade para fechar a escala de plantão nos setores da porta de entrada, como entre os trabalhadores, que solicitaram frequentemente a mudança de setor por terem atingido uma situação limite de sofrimento.

Conclui-se que o PSRN está entregue a si mesmo, ou seja, parece não estar conectado a uma rede de saúde com outros pontos para retaguarda e apoio administrativo. Tal fato é corroborado pela angústia da gerente de enfermagem que se questiona se alguém está olhando para o hospital. Os trabalhadores em muitos relatos queixam-se da falta de políticas para resolver a situação vivenciada no local.

Nessa realidade, os trabalhadores devem compreender que precisam se apoiar entre si para conseguirem alguma vitória na luta contra o sofrimento. As falas voltadas para os aspectos positivos do PSRN dizem respeito, justamente, às relações de trabalho entre os colegas da equipe. Porém as boas relações resumem-se entre os colegas da mesma equipe de

trabalho, quando pensam entre os diferentes setores, categorias e, até, diferentes instituições de saúde, os trabalhadores relatam a existência de conflitos.

Entende-se que o estabelecimento de relações de confiança é essencial para a qualidade do trabalho e o fortalecimento dos vínculos no coletivo, porém, percebe-se que no PSRN essa confiança é restrita a pequenos grupos, não se ampliando para abarcar um coletivo de profissionais.

Dejours (2011e) alerta para o aniquilamento dos vínculos entre os trabalhadores, pois isso acaba minando o sentimento de pertencimento a um coletivo e gera sentimentos de medo e desconfiança entre os pares. Assim, percebe-se a existência desse fato no PSRN entre as diferentes equipes e setores do hospital.

Para existir a cooperação são necessários dois fatores: a liberdade de deliberação e a convivência (DEJOURS, 2012). Assim, observa-se pelas falas dos trabalhadores que a convivência limita-se a pequenos grupos e não existem espaços oficiais para deliberação sobre a atividade coletiva. Tudo isso dificulta a ampliação da cooperação e o fortalecimento do coletivo de trabalhadores.

Compreende-se que os profissionais detêm saber sobre a sua atividade e devem ser incluídos nos processos de tomadas de decisão. Os próprios participantes da pesquisa citaram a necessidade de serem ouvidos sobre a organização do trabalho no PSRN e sugeriram propostas para melhoria da situação no hospital.

A existência de espaços de deliberação das decisões em conjunto com os trabalhadores é essencial para a manutenção da saúde mental e um fator de reconhecimento das contribuições dos profissionais para a atividade. Porém, devem ser espaços de divisão do poder, a direção da instituição deve realmente conceder aos trabalhadores um espaço sobre os ajustes na organização do trabalho (DEJOURS, 2012).

Essa proposta de espaços de deliberação se aproxima do dispositivo da co-gestão ofertado pela Política Nacional de Humanização do SUS. A PNH entende o trabalho como um aspecto significativo na produção subjetiva dos trabalhadores e, portanto, defende a inclusão dos trabalhadores nos processos de decisão como um reconhecimento e valorização de sua atividade. Entende-se, então, que essa política pode ser uma estratégia para mudança da realidade no PSRN.

Quanto às estratégias de enfrentamento utilizadas, observa-se que são, em sua maioria, individuais. Uma das estratégias utilizadas pelos trabalhadores para superar os limites do dia-a-dia foi o apoio encontrado entre os colegas que, em algumas falas, foi enfatizado como

sendo o fato que ainda mantêm os trabalhadores ligados ao PSRN. Porém, como já foi citado anteriormente, esse coletivo restringe-se aos colegas dos mesmos setores do hospital.

Observou-se através dos depoimentos, de forma geral, a escolha de estratégias muito frágeis e que com o passar do tempo, possivelmente, irão provocar adoecimentos nos profissionais. Por exemplo, o uso da repressão dos sentimentos no vínculo com os pacientes, os próprios trabalhadores percebem que essa estratégia os torna parecidos com uma máquina no trato com as pessoas e aniquila o afeto envolvido na atividade.

Outra estratégia mencionada foi em relação a separação entre trabalho e vida fora do hospital. Dejours (2012) aponta que tal separação é impossível, visto que o trabalho ocupa um lugar central na vida e o que se vivencia no local do ofício, tanto sentimentos positivos como negativos, são ampliados para todos os aspectos da vida do sujeito. Então, tal separação é apenas ilusória e não protege os trabalhadores de possíveis adoecimentos.

Observa-se, então, a fragilidade do trabalho coletivo no PSRN e isso é um dos fatores que favorecem o adoecimento, pois leva os trabalhadores a utilizarem estratégias individuais que não são tão eficazes quanto às coletivas.

O significado do trabalho relaciona-se a diferentes concepções. De forma geral, percebe-se que, a satisfação se relaciona aos aspectos relacionados ao trabalho de enfermagem como categoria profissional, ou seja, a relação do cuidar e o fato de perceber o desenvolvimento dos pacientes, além de existir, entre eles, o sentimento de utilidade por fazer algo pelo outro. Do outro lado, os significados relacionados com sofrimento são pelo fato de atuarem no PSRN devido a todas as mazelas já citadas em outros momentos.

Assim, entende-se que trabalhar no PSRN é ter de confrontar-se com o sofrimento constantemente. As ausências/licenças saúde são a representação dos limites possíveis/impossíveis de serem ultrapassados por cada um. A partir de Dejours (2012) compreende-se que toda situação de trabalho está envolta em sofrimento, porém é necessário ter o espaço para o engajamento subjetivo na luta pela emancipação, de onde provém o prazer e a satisfação com a atividade. Percebe-se algumas falas voltadas para os momentos de satisfação, porém, a maior parte dos depoimentos remete a vivências de sofrimento, da paralisia, da perplexidade diante do cenário de guerra que vivenciam.

As falas dos trabalhadores foram muito marcantes, principalmente as expressões referentes ao cenário de guerra vivenciado no local. Entende-se o trabalho como fator de desenvolvimento e transformação da subjetividade do trabalhador, daí a sua função psicológica (CLOT, 2007). Dejours (2012) afirma que o sofrimento e a luta pela emancipação

são fatores que movimentam a subjetividade para o sujeito conseguir lidar com o real do trabalho.

A partir desse entendimento, questiona-se sobre a transformação subjetiva dos trabalhadores do PSRN. Um local com as condições já citadas, consideradas desumanas tanto para os pacientes quanto para os trabalhadores, representa um risco à saúde mental. O técnico Bernardo adverte que no PSRN se você ainda não surtou, então irá surtar. Parece que ninguém está livre do adoecimento, mas ainda assim percebe-se a existência de pessoas que estão há muitos anos por lá e, ainda, conseguem manter-se “normal” na luta contra o sofrimento.

A pesquisa apontou através das falas o sofrimento dos trabalhadores expostos a riscos e situações desumanizadoras no trabalho. Entre os enfermeiros mais novos percebem-se os planos de não ficarem por muito tempo no PSRN. Os técnicos e auxiliares de enfermagem parecem ser os que mais sofrem e, também, os que mais conseguem se organizar em equipe para lidarem com a realidade. Percebeu-se, entre os técnicos, falas sobre cobrir o colega quando é preciso fugir, e outros comentários que demonstram a existência de regras informais sobre como viver junto naquele cenário, por vezes associado a um cenário de “guerra”.

Entende-se a necessidade de ouvir esses trabalhadores sobre a situação do PSRN, pois demonstram saber não somente a respeito da execução de sua atividade, mas também detêm conhecimentos sobre o contexto da rede de saúde do Estado, porém tal saber não é reconhecido entre os gestores do cenário macropolítico do Estado. A falta de reconhecimento é o fator principal de sofrimento no trabalho. Parece que trabalhar no PSRN significa dar tudo de si e não ser reconhecido por nada.

A dimensão do sofrimento aparece com destaque na pesquisa, porém, em alguns momentos, também é possível perceber prazer e satisfação no trabalho. Os trabalhadores reconhecem o sacrifício realizado pelos colegas para dar conta da assistência mesmo nas condições adversas em que se encontram. Essa contribuição dos trabalhadores para a execução da atividade é um aspecto prazeroso, se relaciona ao conceito de Dejours (2012) da inteligência prática, que é a mobilização subjetiva na execução do trabalho.

Por esse aspecto, percebe-se que os trabalhadores tem conhecimento sobre a sua atividade e sabem o que pode e deve ser feito para modificar a situação do hospital. Algumas ações os servidores realizam por demanda própria e do jeito que conseguem, através dos improvisos e da criatividade.

Sugere-se, então, a necessidade de alterações no modo de organização do trabalho de forma que os trabalhadores possam ser incluídos nos processos de tomadas de decisão. Porém essa mudança deve ocorrer não somente na instituição mas ser ampliada para as decisões dos

níveis macropolíticos na Secretaria Estadual de Saúde, visto que os gestores do hospital também queixam-se de exclusão de alguns processos decisórios.

A partir desse estudo observa-se, também, a importância de se ampliar as investigações qualitativas a respeito da realidade do trabalho em saúde na Região Norte do Brasil, pois são locais com uma realidade peculiar e diferenciada dos outros estados e, portanto devem ter um modo diferenciado na execução das Políticas de Saúde.

Assim, faz-se imprescindível o investimento para a melhoria das condições materiais e instalações físicas do local. A própria gestora de enfermagem percebe ser impossível cobrar um trabalho bem feito quando não se oferecem as mínimas condições para que o mesmo seja efetuado com qualidade.

Freire (2011) ao se referir às condições nas quais se encontram as escolas públicas, afirma a importância da materialidade do espaço e como esse cuidado, ou, no caso em questão, o descaso revelam a desconsideração do Poder Público. Da mesma forma pode-se realizar um paralelo com as condições do PSRN que demonstram esse abandono do Estado nos investimentos na Saúde. Afirmação que também é sentida pelos trabalhadores, como percebe-se nos depoimentos expostos nessa pesquisa.

Sugere-se a PNH como uma estratégia de modificação dos modos de organização do trabalho no PSRN, especialmente o dispositivo do Programa de Formação em Saúde e Trabalho, através da diretriz da co-gestão. Esse programa é uma forma de se pensar a saúde através da inclusão dos trabalhadores na elaboração de projetos para intervenção na própria realidade.

Compreende-se tal proposta como uma forma de demonstrar o reconhecimento aos **sacrifícios** (grifo da autora) realizados diariamente pelos profissionais a fim de manter o PSRN operante e cumprindo sua missão de salvar vidas. Tal reconhecimento é o que os trabalhadores esperam, tanto por parte dos níveis hierárquicos superiores como pela população usuária desse sistema.

8 REFERÊNCIAS

ALBORNOZ, S. **O que é trabalho**. 4. ed. São Paulo: Brasiliense, 2004. (coleção primeiros passos, 171).

ALCANTARA, L. M. **A enfermagem militar operativa gerenciando o cuidado em situações de guerra**. Tese (doutorado) Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2005.

ARCHANJO, J. V. L. **Política Nacional de Humanização: reafirmando os princípios do SUS**. 2010. Dissertação (mestrado) Centro de Ciências Humanas e Naturais, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2010.

ARENDT, H. **A condição humana**. 10 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

ARRUDA, T. Termópilas completa 1 ano com 5 pessoas condenadas por corrupção. **G1 RO**, Rondônia, 18 nov. 2012. Disponível em: <http://g1.globo.com/ro/rondonia/noticia/2012/11/termopilas-completa-1-ano-com-5-pessoas-condenadas-por-corrupcao.html>. Acesso em 19 jan. 2013.

BARBOUR, R. **Grupos Focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BARBOZA, D. B.; SOLER, Z. A. S. G. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 177-183, mar-abr, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n2/v11n2a06.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2013.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARFKNECHT, K. et al. A construção da saúde do trabalhador em Porto Alegre: processo de integração entre saúde do trabalhador e saúde mental. In: MERLO, A.R.C. (org). **Saúde do Trabalhador no Rio Grande do Sul: realidade, pesquisa e intervenção**. Porto Alegre: Editora da UFRG, 2004. p. 317-332.

BARROS, R. B.; BARROS, M. E. B. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (orgs). **Trabalhador da Saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí – RS: Editora Unijuí, 2007. p. 61-71.

BARROS, M. E. B. et al. A experiência do programa de formação em saúde e trabalho em um hospital público com serviço de urgência. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (orgs). **Trabalhador da Saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí – RS: Editora Unijuí, 2007. p. 185-202.

BARROS, M. E. B.; HECKERT, A. L. C.; MARCHIORI, F. M. Desafios para a pesquisa dos processos de trabalho: a CAP como estratégia. **Rev. Estudo e Pesquisa em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 20-34, jan-jun, 2006. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v6n1/artigos/PDF/v6n1a03.pdf>. Acesso em 24 jan. 2013.

BECK, C. L. C. et al. Fatores que favorecem e dificultam o trabalho dos enfermeiros nos serviços de atenção à saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 490-495, jul-set,

2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a09.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2013.

BECKER, S. G.; OLIVEIRA, M. L.C. Estudo do absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um centro psiquiátrico em Manaus, Brasil. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, não paginado, jan-fev, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_16.pdf. Acesso em: 19 jan. 2013.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, jul-set, 2005b. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a14v10n3.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2013.

_____. Humanização na saúde: um novo modismo?. **Interface – Comunic., Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-394, mar-ago., 2005a. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a14>. Acesso em: 19 jan. 2013.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto – Portugal: Porto Editora, 1994.

BRAGA, L. C.; CARVALHO, L. R.; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1585-1596, jun, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/070.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2013.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília:1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 19 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Programa de Formação em Saúde do Trabalhador**. Brasília, Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. 3 ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

BRECHT, B. **Bertolt Brecht** (1898-1956). [internet], [19--]. Disponível em: <http://www.sticap.org.br/downloads/outros/livrosparatodos.net.bertolt.brecht.100.textos.pdf>. Acesso em 24 jan. 2013.

CAMPOS, G. W. S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, supl., p. 1865-1874, nov. 2007a. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12s0/09.pdf>. Acesso em 19 jan. 2013.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007b.

CAMPOS, J. F.; DAVID, H. S. L. Avaliação do contexto de trabalho em terapia intensiva sob o olhar da psicodinâmica do trabalho. **Rev. Esc. Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 363-368, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a08.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2013.

CAMPOS, R. O. A Gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G. W. S. (org.) **Saúde Paidéia**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 122-149.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CLOT, Y. **A função psicológica do trabalho**. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

_____. **Trabalho e poder de agir**. Belo Horizonte, MG: Fabrefactum, 2010.

CODO, W. Um diagnóstico integrado do trabalho com ênfase em saúde mental. In: CODO, W.; JACQUES, M. G. **Saúde mental e trabalho: leituras**. 4 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. p. 173-190.

CUCOLO, D. F.; PERROCA, M. G. Ausências na equipe de enfermagem em unidades de clínica médico-cirúrgica de um hospital filantrópico. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 454-459, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt_12.pdf. Acesso em: 19 jan. 2013.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. Estratégias de enfrentamento do adoecimento: um estudo sobre o trabalho da enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 60-65, jan-fev, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a10v22n1.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2013.

DAVID, H. M. S. L. Organização do trabalho de enfermagem na atenção básica: uma questão para a saúde do trabalhador. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 206-214, abr-jun, 2009. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=71411706002>. Acesso em: 19 jan. 2013.

DECOM. Projeto e maquete do Hospital de Urgência e Emergência da capital são apresentados. **Portal do Governo do Estado de Rondônia**. Rondônia, 09 nov. 2012. Disponível em: <http://www.rondonia.ro.gov.br/noticias.asp?id=15505&tipo=Flash%20em%20Destaque>. Acesso em: 19 jan. 2013.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. 7 ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

_____. A carga psíquica do trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994. p. 21-32.

_____. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5 ed. amp. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. A resistência. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (orgs) **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Brasília: Paralelo 15, 2011i. p. 473-492.

_____. A saúde mental entre impulsos individuais e requisitos coletivos (sublimação e trabalho). In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. 3 ed. Brasília: Paralelo 15, 2011a, p. 409-430.

_____. Adendum: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (orgs) **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Brasília: Paralelo 15, 2011c. p. 57-123.

_____. Alienação e clínica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (orgs) **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Brasília: Paralelo 15, 2011e. p. 255-339.

_____. As relações domésticas: entre amor e dominação. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (orgs) **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Brasília: Paralelo 15, 2011g. p. 449-469.

_____. Ativismo profissional: masoquismo, compulsividade ou alteração. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (orgs) **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Brasília: Paralelo 15, 2011k. p. 193-215.

_____. Entre sofrimento e reapropriação: o sentido do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (orgs) **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Brasília: Paralelo 15, 2011j. p. 433-448.

_____. Inteligência prática e sabedoria: duas dimensões desconhecidas do trabalho real. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (orgs) **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Brasília: Paralelo 15, 2011h. p. 381-407.

_____. Para uma clínica da mediação entre psicanálise e política: a psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. 3 ed. Brasília: Paralelo 15, 2011f, p. 217-251.

_____. Patologia da comunicação. Situação de trabalho e espaço público: a geração da energia com combustível nuclear. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. 3 ed. Brasília: Paralelo 15, 2011b, p. 341-379.

_____. Prefácio: *avant-propos* para a edição brasileira. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. 3 ed. Brasília: Paralelo 15, 2011d, p. 23-30.

_____. **Trabalho vivo**. Tomo II. Trabalho e emancipação. Brasília: Paralelo 15, 2012.

DEJOURS, C.; JAYET, C. Psicopatologia do trabalho e organização real do trabalho em uma indústria de processo: metodologia aplicada a um caso. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994. p. 67-118.

DURAFFOURG, J.; DUC, M.; DURRIVE, L. O trabalho e o ponto de vista da atividade. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Orgs.) **Trabalho e Ergologia**: conversas sobre a atividade humana. 2 ed. Niterói-RJ: Editora da UFF, 2010. p. 47-82.

ESTORCE, T. P.; KURCGANT, P. Licença médica e gerenciamento de pessoal de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1199-1205, out, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a24.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2013.

FAKIH, F. T.; TANAKA, L. H.; CARMAGNANI, M. I. S.. Ausências dos colaboradores de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 378-385, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/v25n3a10.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2013.

FERNANDES, J. S. et al. A relação dos aspectos profissionais na qualidade de vida dos enfermeiros das equipes saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 404-412, abr, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a19v46n2.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2013.

FERREIRA, R. C. et al. Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 46, n. 2, p. 259-268, abr, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/3189.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2013.

FLICK, U. **Desenho da Pesquisa Qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONTES, K. B.; PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B. Tendência dos estudos sobre assédio moral e trabalhadores de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 815-822, dez, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n4/v32n4a24.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2013.

FRANCO, G. P. et al. Burnout em residentes de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 12-18, mar, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/02.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2013.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. **O Trabalho em Saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 57-124.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários á prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FREUD, S. (1930) O futuro de uma ilusão. In **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud** (J. Salomão, trad., vol. 21, pp. 15-71). Rio de Janeiro: Imago, 1980.

GALINDO, R. H. et al. Síndrome de Burnout entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.46, n.2, abr, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a21v46n2.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2013.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Liber Livro, 2005. (Série Pesquisa, 10).

GEHRING JUNIOR, G. et al. Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 401-409, set 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v10n3/10.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2013.

GUÉRIN et al. **Compreender o trabalho para transformá-lo**: a prática da ergonomia. São Paulo: Edgard Blücher, 2001.

GUI, R. T. Grupo focal em pesquisa qualitativa aplicada: intersubjetividade e construção de sentido. **Rev. Psicol. Organ. Trab.**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 1-16, jun. 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v3n1/v3n1a07.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2013.

GUIDO, L. A. et al. Estresse, coping e estado de saúde entre enfermeiros hospitalares. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1434-1439, dez, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a22.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2013.

HANZELMANN, R. S.; PASSOS, J. P. Imagens e representações da enfermagem acerca do stress e sua influência na atividade laboral. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 694-701, set, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/20.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2013.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

HUBALT, F. Do que a ergonomia pode fazer a análise?. In: DANIELLOU, F. (coord.) **A ergonomia em busca de seus princípios**: debates epistemológicos. São Paulo: Edgard Blücher, 2004. p. 105-140.

INOUE, K. C. et al. Absenteísmo-doença da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 209-214, mar-abr, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a10v61n2.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2013.

JODAS, D. A.; HADDAD, M. C. L. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 192-197, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a12v22n2.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2013.

JUNKES, M. B.; PESSOA, V. F. Gasto financeiro ocasionado pelos atestados médicos de profissionais da saúde em hospitais públicos no Estado de Rondônia, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 406-412, mai-jun, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_16.pdf. Acesso em: 19 jan. 2013.

KIRCHHOF, A. L. C. et al. Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 215-223, abr-jun, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/03.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2013.

KOGIEN, M. **Impactos psicossociais na qualidade de vida de profissionais de saúde em um pronto-socorro público**. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia) — Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, 2012.

LANCMAN, S. O mundo do trabalho e a psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. 3 ed. Brasília: Paralelo 15, 2011, p. 31-43.

LANER, A. S. **Psicologia e trabalho na história**: da apropriação do tempo à busca da felicidade. Ijuí, RS: Unijuí, 2005.

LIEDKE, E. R. Trabalho. In: CATTANI, A. D. (org.). **Trabalho e tecnologia**: dicionário crítico. Petrópolis-RJ: Vozes, 1997. p. 268-274.

LORENZ, V. R.; BENATTI, M. C. C.; SABINO, M. O. Burnout e estresse em enfermeiros de um hospital universitário de alta complexidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, p. tela 01 – tela 08, nov-dez, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_07.pdf. Acesso em: 23 jan. 2013.

LOWY, M. **Ideologias e ciência social**: elementos para uma análise marxista. São Paulo: Cortez, 2008.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1996.

MAGNAGO, T. S. B. S. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto – SP, v. 18, n. 3, p. 140-147, mai/jun, 2010a. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_19.pdf. Acesso em: 23 jan. 2013.

_____. Condições de trabalho, características sociodemográficas e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v.23, n. 2, p. 187-193, mar-abr, 2010b. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v23n2/06.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2013.

_____. Condições de trabalho de profissionais da enfermagem: avaliação baseada no modelo demanda-controle. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 811-817, 2010c. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v23n6/15.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2013.

MARTINATO, M. C. N. B. et al. Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre – RS, v. 31, n. 1, p. 160-166, mar, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n1/a22v31n1.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

MARTINS, E. R. C.; ZEITOUNE, R. C. G. As condições de trabalho como fator desencadeador do uso de substâncias psicoativas pelos trabalhadores de enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 639-644, dez, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n4/v11n4a13.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. Tradução de Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. 2. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985. v. 1, t. 1, O processo de produção do capital.

MATOS, C. A. **Os descaminhos da implementação do SUS em Rondônia**: contexto de federalismo predatório, de reformas gerenciais e de maus governos na floresta. 2007. Tese (Doutorado). Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2007.

MAURO, M. Y. C. et al. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14. n. 2, p. 13-18, jan-mar, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/05.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2013.

MENEZHINI, F.; PAZ, A. A.; LAUTERT, L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 225-233, abr-jun, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a02v20n2.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

MIGEOTTE, L. Os filósofos gregos e o trabalho na antiguidade. In MERCURE, D.; SPURK, J. (orgs.). **O Trabalho na História do Pensamento Ocidental**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MININEL, V. A.; BAPTISTA, P. C. P.; FELLI, V. E. A. Cargas psíquicas e processos de desgaste em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários brasileiros. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto – SP, v. 19, n. 2, tela 01-tela 09, mar-abr, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_16.pdf. Acesso em: 24 jan. 2013.

MORAES, R. D. Estratégias de enfrentamento do sofrimento e conquista do prazer no trabalho. In: MERLO, A. R. C.; MENDES, A. M.; MORAES, R. D. (Orgs.) **O sujeito no trabalho**: entre a saúde e a patologia. Curitiba: Juruá, 2013. p. 175-186.

NEGELISKII, C.; LAUTERT, L. Estresse laboral e capacidade para o trabalho de enfermeiros de um grupo hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto-SP, v. 19, n. 3, tela 01-tela 08, maio-jun,

- PITTA, A. M. F. **Hospital: dor e morte como ofício**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 1999.
- POLIGNANO, M. V. **História das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão**. [internet] 2006. p. 1-35. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7221§ionID=34>. Acesso em: 22 nov. 2012.
- PRESTES, F. C. et al. Prazer-sofrimento dos trabalhadores de enfermagem de um serviço de hemodiálise. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 31, n. 4, p. 738-745, dez, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v31n4/a18v31n4.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.
- REGIS, L. F. L. V.; PORTO, I. S. Necessidades humanas básicas dos profissionais de enfermagem: situações de (in)satisfação no trabalho. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 334-341, abr, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a04.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.
- REIS, R. J. et al. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 616-623, out, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v37n5/17477.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.
- RIBEIRO, R. P. et al. O adoecer pelo trabalho na enfermagem: uma revisão integrativa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 495-504, abr, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a31v46n2.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.
- ROBAINA, J. R. Eventos de vida produtores de estresse e queixas de insônia entre auxiliares de enfermagem de um hospital universitário no Rio de Janeiro: Estudo Pró-Saúde. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 501-509, set, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v12n3/18.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.
- ROLLO, A. A. É possível valorizar o trabalho na saúde num mundo globalizado? In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (orgs). **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí – RS: Editora Unijuí, 2007. p. 19-59.
- RONDÔNIA. João Paulo II é eleito o pior hospital do país. **Rondoniaaovivo**, Rondônia, 09 nov. 2011. Disponível em: <http://www.rondoniaovivo.com/noticias/saude-joao-paulo-ii-e-eleito-o-pior-hospital-do-pais/81601#.UK1Of-TLQuK>. Acesso em: 21 nov. 2012.
- RONDÔNIA. TAC do MP resulta em redução de pacientes no João Paulo II. **Rondoniadinamica**, Rondônia, 26 out. 2012. Disponível em: <http://www.rondoniadinamica.com/arquivo/-tac-do-mp-resulta-em-reducao-de-pacientes-no-joao-paulo-ii,42158.shtml>. Acesso em: 21 nov. 2012.
- ROSA, M. V. F. P. C.; ARNOLDI, M. A. G. C. **A entrevista na pesquisa qualitativa: mecanismo para validação dos resultados**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.
- SALA, A. et al. Licenças médicas entre trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no ano de 2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2168-2178, out., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n10/08.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

SANCINETTI, T. R. et al. Absenteísmo - doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. esp. 2, p. 1277-1283, dez, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a23v43s2.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

_____. Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 1007-1012, ago, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a31.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

SANTOS-FILHO, S. B. Análise do trabalho em saúde nos referenciais da humanização e do trabalho como relação de serviço. **Rev. Tempus - Actas de Saúde Coletiva - O Trabalho em Saúde**, Brasília, v. 5, n. 1, 2011. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/987/923>. Acesso em: 24 jan. 2013.

SATO, L. Saúde e controle no trabalho: feições de um antigo problema. In: JACQUES, M. G.; CODO, W. (orgs.). **Saúde Mental e Trabalho**: leituras. Petrópolis: Vozes, 2010.

SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S.; MARZIALE, M. H. P. Ansiedade e depressão entre profissionais de enfermagem que atuam em blocos cirúrgicos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 487-493, abr, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a25.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

SCHMOELLER, R. et al. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 2, p. 368-377, jun, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v32n2/a22v32n2.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

SCHWARTZ, Y. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 19-45, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v9s1/02.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

_____. Trabalho e gestão: níveis, critérios, instâncias. IN FIGUEIREDO, M.; ATHAYDE, M.; BRITO, J.; ALVAREZ, D. (Orgs.) **Labirintos do trabalho**: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 24-33.

SCHWARTZ, Y.; DUC, M.; DURRIVE, L. Técnicas e competências. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Orgs.) **Trabalho e Ergologia**: conversas sobre a atividade humana. 2 ed. Niterói-RJ: Editora da UFF, 2010b. p.85-102.

_____. Trabalho e ergologia. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Orgs.) **Trabalho e Ergologia**: conversas sobre a atividade humana. 2 ed. Niterói-RJ: Editora da UFF, 2010a. p. 25-46.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Orgs.) **Trabalho e Ergologia**: conversas sobre a atividade humana. 2 ed. Niterói-RJ: Editora da UFF, 2010.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental**: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez, 2011.

SENNETT, R. **A corrosão do caráter**: as consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo. 14 ed. Rio de Janeiro: Record, 2009.

SHIMIZU, H. E.; COUTO, D. T.; MERCHAN-HAMANN, E. Prazer e sofrimento em trabalhadores de enfermagem de unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto (SP), v. 19, n. 3, tela 01-tela 09, maio-jun, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_16.pdf. Acesso em: 24 jan. 2013.

SILVA, D. M. P. P.; MARZIALE, M. H. P. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8 - n.5, p.44-51, out, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n5/12366.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

SOUZA, M. M. O.; PESSÔA, V. L. S. O Processo de formação do território Rondoniense revisitado: da colônia ao golpe de 1964. **ACTA Geográfica**, Boa Vista, v. 4, n. 8, p.143-160, jul-dez, 2010. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/117464987/O-processo-de-formacao-do-territorio-rondoniense-revisitado-da-colonia-ao-golpe-de-1964>. Acesso em: 24 jan. 2013.

SPINDOLA, T.; MARTINS, E. R. C. O estresse e a enfermagem - a percepção das auxiliares de enfermagem de uma instituição pública. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 212-219, jun, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a05.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

TEIXEIRA, R. C.; MANTOVANI, M. F. Enfermeiros com doença crônica: as relações com o adoecimento, a prevenção e o processo de trabalho. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 415-421, jun, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a22v43n2.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

TOLSTÓI, L. **Onde existe amor, Deus aí está**. Campinas, SP: Verus: 2001.

TRINDADE, L. L.; LAUTERT, L.; BECK, C. L. C. Mecanismos de enfrentamento utilizados por trabalhadores esgotados e não esgotados da estratégia de saúde da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 5, p.607-612, set-out. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n5/pt_02.pdf. Acesso em: 24 jan. 2013.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-514, jun, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

URBANETTO, J. S. et al. Estresse no trabalho da enfermagem em hospital de pronto-socorro: análise usando a *Job Stress Scale*. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto-SP, v. 19, n. 5, p. 1122-1131, set-out, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_09.pdf. Acesso em: 24 jan. 2013.

WISNER, A. **A inteligência no trabalho**: textos selecionados de ergonomia. São Paulo: Fundacentro, 1994.

_____. **Por dentro do trabalho**: ergonomia: método e técnica. São Paulo: FTD, 1987.

APÊNDICE A – Roteiro da Entrevista semi-estruturada com os gestores

1. Fale sobre sua gestão no Hospital.
2. Quais os desafios que enfrenta para desenvolver sua função de gestor?
3. Como desenvolve suas ações com as equipes do Hospital?
4. Como é a comunicação entre você e as chefias dos setores?
5. As normas de trabalho de cada função são cumpridas pelos servidores?
6. Como você percebe isso?
7. Fale sobre os adoecimentos dos trabalhadores.
8. Há relação entre o trabalho e os afastamentos de saúde?
9. Como sua gestão tem trabalhado para lidar com esta realidade?

APÊNDICE B – Questões norteadoras do Grupo Focal e da Entrevista semi-estruturada com os Enfermeiros

Perguntas norteadoras:

1. Fale sobre o seu trabalho.
2. Como é a relação entre colegas e entre a chefia?
3. Vocês têm autonomia no local de trabalho? Como é isso?
4. Vocês já adoeceram no trabalho, e teve relação com suas atividades? Como foi esse processo?
5. Como vocês se sentem no trabalho?

ANEXO A – Carta de Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIR

**Fundação Universidade
Federal de Rondônia – UNIR**



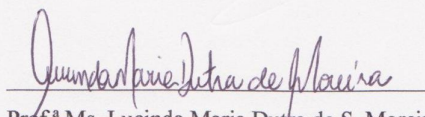
Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Saúde – CEP/NUSAU

Porto Velho, 08 de junho de 2012
Carta 013/2012/CEP/NUSAU
Da: Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Para: Taís Poncio Pacheco
Assunto: Parecer Ético

Informo-lhe que o projeto de pesquisa de sua autoria "*O significado do trabalho na saúde: adoecimento dos trabalhadores de um hospital público*" **foi aprovado** em reunião do Comitê de Ética realizada em 05/06/2012. Por consequência, o estudo poderá ser imediatamente iniciado.

Outrossim, esclareço ainda que este Comitê deve ser informado do andamento da investigação, bem como receber cópia do relatório final em meio digital, quando de sua conclusão.

Atenciosamente,


Prof.ª Ms. Lucinda Maria Dutra de S. Moreira
Coordenadora/Portaria 260 GR/2010
Prof.ª Ms. Lucinda M. Dutra de S. Moreira
Comitê de Ética em Pesquisa NUSAU/UNIR
Port. 260/GR/2010